

**PLAN DE GESTIÓN GERENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER
2017 - 2020**

GESTIÓN DIRECTIVA

**GD-GE-PL-01
VERSIÓN 2
MARZO DE 2018**

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 2 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2
Elaboró: Edgar Julian Niño Carrillo Gerente E.S.E. HUS	Revisó: Comisión delegada de la Junta Directiva E.S.E. HUS	Aprobó: Junta Directiva E.S.E HUS Acta No. 279 Proyecto de Acuerdo No. 16 de 2017
Fecha Elaboración: Mayo de 2017	Fecha de Revisión: 24 de Mayo de 2017	Fecha Aprobación: 06 de Junio de 2017

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
NIT. 900.006.037-4**

INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

GERENTE: EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO

**Resolución de Nombramiento No 00085 Mayo 2 de 2017
Acta de Posesión No: 011 Mayo 3 de 2017**

	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 3 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2

PRESENTACIÓN

EL Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, para el periodo 2017 – 2020. En él se identifica la situación actual a impactar, se consolidan los compromisos, se plasman las metas de gestión y resultados, que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital.

Todo lo anterior dentro de los aspectos priorizados por el Ministerio de Salud como son el Direccionamiento Institucional, la Acreditación y Seguridad del Paciente, la eficiencia en el manejo de los recursos, los resultados en salud y el reporte de información a los entes de dirección y control, de conformidad con el marco legal reglamentado por las Resoluciones 710 del 2012, 743 del 2013 y 408 del 15 de febrero del 2018, “Por medio de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, y su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones”; Dado que la resolución 408 del 15 de febrero de 2018 hace ajustes al plan de gestión presentado y aprobado por la junta directiva en el 2017, se hace necesario actualizar la versión del presente documento.

Los compromisos acá contraídos permiten movilizar a la Institución en el diseño de planes operacionales, asignación de recursos, estimación de tiempos y asignación de roles, que facilitaran el cumplimiento de estos, por parte de la gerencia y su respectivo seguimiento por parte de la junta directiva.

EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
Gerente E.S.E HUS

TABLA DE CONTENIDO

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm>) y será la única válida para su utilización.
 Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

1. METODOLOGÍA	5
2. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN	6
2.1. JUNTA DIRECTIVA.....	6
2.2. GERENCIA.....	6
2.3. LÍDERES DE PROCESO	7
2.4. REVISOR FISCAL.....	7
3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	7
3.1. MISIÓN.....	7
3.2. VISIÓN	7
3.3. VALORES	7
3.4. PRINCIPIOS ÉTICOS	8
3.5. POLITICAS INSTITUCIONALES.....	8
4. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN	9
4.1. FICHAS TÉCNICAS	9
4.2. ANÁLISIS SITUACIONAL	9
4.3. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO	12
4.4. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS.....	12
4.5. MATRIZ DE METAS.....	12
4.6. MATRIZ DE CALIFICACIÓN.....	12
5. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN	12
5.1. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN.....	12
5.2. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL	13
6. ANEXOS	14
6.1. ANEXO 1. FICHAS DE LOS INDICADORES.....	14
6.2. ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO	35
6.3. ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS	44
6.4. ANEXO 4. MATRIZ DE METAS	53
6.5. ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN	57

	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 5 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2

1. METODOLOGÍA

La metodología planteada en la Resolución 710 de 2012 contempla el desarrollo de cinco (5) fases.



- **Fase 1:** Preparación. En esta fase se identifican las fuentes de información que permiten establecer la línea base. Para el desarrollo de esta fase el gerente solicitó a las ocho subgerencias institucionales los indicadores con sus respectivas fichas técnicas; Los asesores de gerencia realizaron visitas de campo, verificando los datos con las fuentes de información de las fichas técnicas de los indicadores asistenciales elaboradas y procedieron a la unificación y construcción de las fichas técnicas de los indicadores dirección, administrativos y financieros faltantes.
- **Fase 2:** Formulación. En esta fase se consolidó el diagnóstico inicial o línea base para cada uno de los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 743 del 2013. Para lo cual el gerente junto con el equipo asesor revisó las fichas técnicas de los indicadores por área y se inicia la construcción de un primer análisis situacional, que contempla la elaboración de matriz de diagnóstico por indicadores, la matriz de compromisos, actividades y metas.
- **Fase 3:** Aprobación. Presentación de la propuesta plan de gestión gerencial vigencia 2017-2020, para aprobación por parte de la Junta Directiva de la institución.
- **Fase 4:** Fase de Ejecución. Una vez aprobado el plan de gestión gerencial su desarrollo contempla tres momentos. El primer momento inicia con el despliegue a las unidades funcionales y/o subgerencias donde se elaboran los planes de acción enfocados al cumplimiento de los indicadores del plan de gestión, el segundo momento es el seguimiento a la ejecución de actividades de manera sistemática debidamente soportada y el último momento es la presentación del informe anual del plan de gestión a la junta directiva.
- **Fase 5.** Evaluación. Con base en las metas establecidas en el plan de gestión gerencial, se realizará la evaluación de los resultados y de la gestión a cargo del Gerente; basados en la normatividad legal vigente para el presente

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 6 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

año (2017) no aplica la evaluación por cuanto no cumple el periodo anual de vigencia completa, este instrumento permitirá la evaluación de las vigencias para el año 2018 y año 2019.

- En cumplimiento de lo establecido en la Resolución 408 de 2018 artículo 3, sobre ajustes a los planes de Gestión presentados en 2017 y a los informes de cumplimiento de dicho plan, se procede a realizar los cambios establecidos en los anexos 2, 3 y 4, lo que da origen a la versión 2 del Plan de Gestión del Gerente Hospital Universitario de Santander 2017 – 2020.

2. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

2.1. JUNTA DIRECTIVA

- Analizar el proyecto de Plan de Gestión, presentado por el Gerente o Director.
- Aprobar el Proyecto y convertirlo en Plan de Gestión para ejecución durante el periodo para el cual fue nombrado el Gerente o Director, con o sin ajustes propios de la Junta Directiva.
- Resolver las Observaciones realizadas por el Gerente o Director de la ESE HUS, al Plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, si hay lugar a ello.

2.2. GERENCIA

- Preparar el Plan de gestión que pretende ejecutar en el periodo para el cual fue nombrado.
- Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión de la ESE HUS, a la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la ley.
- Realizar Observaciones al Plan de Gestión de la ESE HUS aprobado por la Junta Directiva, si lo considera conveniente.
- Implementar el Plan de Gestión de la ESE HUS, por su propia iniciativa, si durante el término establecido por la Ley, la Junta directiva no lo aprobó.
- Realizar la programación anual de las metas de gestión y resultados contenidos en el Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Ejecutar el Plan de gestión de la ESE HUS durante el periodo para el cual fue nombrado.
- Preparar el Informe anual de Gestión sobre la ejecución del Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de gestión dentro de los términos establecidos en la ley.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 7 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

2.3. LÍDERES DE PROCESO

- Participar en la preparación y formulación del Plan de Gestión de la ESE HUS.
- Participar en la ejecución del Plan, de acuerdo con la asignación de responsabilidades sobre las actividades específicas del mismo
- Participar en la evaluación del Plan, certificar datos e información específica de la Línea de base y de los resultados obtenidos en la ejecución del Plan.

2.4. REVISOR FISCAL

- Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la metodología adoptada por la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 del 2018, y las normas que la modifiquen o sustituyan.

3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La E.S.E Hospital Universitario de Santander adopto mediante acto administrativo las políticas institucionales que definen el compromiso gerencial y el direccionamiento estratégico de la institución (Misión, Visión, Principios, Valores, Objetivos Estratégicos y Políticas). Las cuales están completadas en la Resolución 721 del 31 de diciembre de 2013.

3.1. MISIÓN

Somos la E.S.E Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, la Provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología avanzada.

3.2. VISIÓN

Para el Año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social.

3.3. VALORES

- **TRANSPARENCIA:** los actos de los funcionarios se orientan por la ética y el cumplimiento de la Ley. El acceso a la información sobre acciones institucionales será libre y sin obstáculos para la comunidad.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 8 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>


- **RESPECTO:** Somos una institución en donde se respeta la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos por encima de cualquier consideración social, política o económica. Reconocemos, valoramos y apreciamos diferencias individuales, la pluralidad y la diversidad. Como elementos fundamentales en las relaciones interpersonales. Comprendemos y aceptamos los criterios y actitudes de los demás, entendiendo que todos somos diferentes como base de la tolerancia y de una sana convivencia dentro de la institución.
- **SOLIDARIDAD:** La empresa fomentara la práctica de la ayuda mutua entre las personas que laboran en la institución, bajo el principio del más fuerte hacia el más débil, dando prioridad a la población más vulnerable para brindarle una eficiente y eficaz prestación de servicios. Reconocemos y apoyamos las necesidades de los demás, en forma desinteresada buscando siempre el logro de los objetivos y el alcance del bien común dentro de la institución
- **RESPONSABILIDAD:** Cumplir las obligaciones adquiridas, atender adecuada y oportunamente los deberes y derechos propios, como individuo y miembro de la institución.

3.4. PRINCIPIOS ÉTICOS

- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** La institución orienta su talento humano, sus recursos técnicos y financieros para dar respuesta a las necesidades de salud y formación de la población del área de influencia.
- **EFICIENCIA:** La organización busca que la labor de la administración alcance el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles que aporte al cumplimiento de los objetivos y metas fijados tanto en el plan de gestión como en el plan de desarrollo, que además la atención en salud sea prestada a los usuarios brindándoles seguridad y satisfacción en el marco a que de derecho al Sistema de Seguridad Social.
- **PARTICIPACIÓN:** La Empresa Social del Estado estará siempre dispuesta a brindar espacios que permitan la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y localización de su ejercicio.
- **SERVICIO:** La Empresa Social del Estado desarrolla un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de sus usuarios y en general de todas sus partes interesadas.
- **SEGURIDAD:** la institución busca la ausencia de riesgo y a la vez brindar al usuario la confianza en todos y cada uno de los servicios que presta.
- **SATISFACCIÓN:** La Empresa Social del Estado busca en cada una de las personas que presta servicios en la institución que sienta en placer y el agrado, por haber brindado un servicio con calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad, generando a la vez satisfacción al usuario que recibió el servicio.

3.5. POLITICAS INSTITUCIONALES

El Hospital Universitario de Santander desarrollará cada una de las políticas institucionales las cuales identifican el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud con óptima calidad las cuáles serán las

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 9 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

responsables de motivar al equipo de colaboradores en la implementación de los estándares del Sistema Único de Acreditación en la E.S.E HUS. Entre ellas podemos encontrar:

- Política de Atención en Salud Centrada en el Usuario.
- Política de Calidad.
- Política de Humanización.
- Política de Prestación Servicios.
- Política Gestión de la Tecnología.
- Política Gestión del Riesgo.
- Política Seguridad del Paciente.
- Política Talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Política de Gestión Ambiental.

4. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

4.1. FICHAS TÉCNICAS.

Las fichas técnicas de cada indicador permiten identificar la fuente de Información para establecer la línea base y formular el plan de gestión. (Ver anexo 1). Estas se ajustan de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 408 de 2018.

4.2. ANÁLISIS SITUACIONAL

La institución pública en salud más importante del Nororiente colombiano nació bajo el Decreto Presidencial No. 0793 del 13 de abril de 1951, como Hospital Universitario Ramón González Valencia, luego de presentarse la necesidad de tener en la ciudad un Hospital que diera cubrimiento en salud a todo el Nororiente colombiano. Posteriormente en julio de 1973, es rebautizado por el presidente Misael Pastrana Borrero, en memoria del Ex-presidente Ramón González Valencia.

En el 2004, en vista de tantos conflictos laborales y falta de recursos, el Gobierno Departamental decidió liquidar el entonces Hospital Universitario Ramón González Valencia, para dar paso al actual Hospital Universitario de Santander, creado mediante la resolución 0025 expedida el 4 de febrero de 2005, como una entidad social del estado prestadora de servicios de salud descentralizada, que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad, no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos.

Su reestructuración le costó al departamento cerca de 78 mil millones, y desde sus inicios se determinó que sería una administración compartida entre el departamento, la cual garantizaría la viabilidad financiera; y la Universidad Industrial de Santander (UIS), que se encargaría de la administración técnico - científica del nuevo centro asistencial, a través de siete subgerencias médico - quirúrgicas. El nacimiento de esta nueva institución significó para el Gobierno

	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 10 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2

Departamental y para sus trabajadores, la oportunidad para rescatar la Red Pública Hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios.

Para el 2006, en la evaluación aplicada a más de mil instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas de alta, mediana y baja complejidad del país, realizada por la Universidad Nacional de Colombia y Fedesalud, con el auspicio del Ministerio de la Protección Social, dieron a conocer las 100 mejores IPS del país. En esta ocasión, la institución fue ubicada en el puesto noveno. Este destacado lugar se logró después de que los investigadores evaluaran y analizaran los servicios que se prestan, la información financiera y los indicadores de calidad de las IPS que aún no han sido acreditadas.

En el 2007, la enfermera jefe Marcela Carbonell Gutiérrez, coordinadora de gestión del riesgo de desastres del Hospital, fue una de las cuatro personas seleccionadas para representar a Colombia en el curso de "Capacitación para la Administración de Servicios Médicos de Emergencia en Tiempo de Gran Desastre Natural", implementado principalmente para los países Andinos, y desarrollado en Japón, gran mérito que permitió destacar y dar a conocer a la institución en el ámbito internacional, especialmente en su experticia con su política de gestión del riesgo de desastres.

Durante el 2009, se creó el programa madre canguro, con el propósito de disminuir la mortalidad de los neonatos ofreciendo atención a los niños menores de 37 semanas y/o de bajo peso al nacer, evitando futuras complicaciones y secuelas desde el punto de vista médico, psicológico y social.

A partir del año 2010 y hasta abril del año 2017, se registran 428.000 millones en inversión, representados mayoritariamente en obras de infraestructura, que han aportado al desarrollo de la institución como el Hemocentro, e imagenología, entre otras, no obstante, algunas a la fecha no han concluido; están suspendidas por presentar inconvenientes técnicos y jurídicos.

A partir del 2013, la Junta Directiva junto con la Gerencia, trazaron un camino claro en el fortalecimiento del ciclo de preparación para la acreditación, con miras a lograrla según lo establecido en la ley 1438 de 2011. La implementación del sistema único de acreditación, ha representado un gran desafío para la administración de la E.S.E HUS y del Departamento, desde el punto de vista asistencial, político, social y económico, lo que definirá el futuro de la institución frente a la atención de la población residente en su área de influencia en particular (Zona urbana y rural); buscando mejorar la calidad en la prestación de los servicios, atención humanizada y centrada en el usuario, que garantice seguridad clínica bajo una transformación cultural que permita observar la institución de manera integral.

En el marco del proceso para lograr la Acreditación en la ESE HUS se han realizado Ciclos de preparación para la Acreditación o Ciclos de Mejoramiento Continuo, obteniendo los siguientes resultados:

- **Primer Ciclo:** Inicio del Ciclo con la Autoevaluación realizada en Agosto de 2013 con un resultado de 1.23; se determinaron 159 Oportunidades de mejoramiento con 571 acciones incluidas en los Planes de Mejora de los diferentes Grupos de Estándares para lograr su ejecución hasta el cierre del Ciclo en Agosto 2014.
- **Segundo Ciclo:** Se da inicio al segundo ciclo con la Autoevaluación realizada en Septiembre de 2014 con un resultado de 1.70; se determinaron 105 Oportunidades de mejoramiento con 290 acciones incluidas en los Planes

	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 11 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2

de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el cierre del Ciclo en Septiembre 2015.

- Tercer Ciclo:** Se da inicio al tercer ciclo con la Autoevaluación realizada en Octubre de 2015 con un resultado de 2.34; se determinaron 122 Oportunidades de mejoramiento con 236 acciones incluidas en los Planes de Mejora para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el final del cierre del ciclo en Agosto de 2016. Sin embargo, en Junio de 2016 se fortaleció el equipo de Acreditación con la contratación de un Equipo Asesor Externo con amplia experiencia en Acreditación de IPS. Revisando los Planes de Mejora determinaron que no era lo más aconsejable cerrar el ciclo y realizar una nueva autoevaluación, sino que se replantearan las acciones de mejoramiento en ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), reflejándose un aumento de 236 a 459 acciones de mejoramiento para incluir en los Planes de Mejora del Tercer Ciclo de preparación para la acreditación, esperando cerrar el ciclo en Noviembre de 2017.


Finalmente, en el año 2017, después de una gerencia interina durante el año 2016, la institución afronta el reto de acreditarse con fecha máxima diciembre de 2019 para no perder la calidad de hospital universitario, con un talento humano que en más de un 95% no hace parte de la planta de personal, con 12 proyectos de inversión inconclusos y algunos suspendidos, pero con un equipo humano muy comprometido.

Actualmente la ESE Hospital Universitario de Santander presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, su estructura la constituye un edificio de 11 pisos con una capacidad de 384 camas, distribuidas entre hospitalización, observación, consulta externa, servicio de urgencias, quirófanos y partos, en donde se internan usuarios que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico quirúrgicas.

La unidad de cuidados intensivos para adultos cuenta con 12 camas y la neonatal y pediátrica con 8 camas, también cuenta con una moderna unidad de cuidados en quemados con capacidad para albergar 13 adultos y 8 pediátricos, cada una con la mejor tecnología en equipos de monitoreo, en donde los usuarios permanecen al cuidado del mejor equipo médico científico con el ánimo de garantizar la mejor atención personalizada. Adicionalmente cuenta con 7 salas de cirugía, 2 salas de partos y 1 servicio de imagenología y laboratorio clínico donde se realizan diversos procedimientos e intervenciones con el apoyo de tecnología adecuada, y dos sedes ambulatorias con 13 consultorios debidamente dotados para consulta médica general y especializada.

Así mismo cuenta con el Hemocentro de Santander, antes Banco Metropolitano de Sangre, el único centro de acopio de unidades de sangre público del departamento de Santander, que proyecta suplir las necesidades de sangre de toda la comunidad santandereana. Finalmente, su unidad de Oncología Y Radioterapia cuenta con la más adelantada tecnología disponible en el área de Radioterapia y las mejores instalaciones para la aplicación de Quimioterapia, con lo que se asegura una óptima atención desde el punto de vista profesional y físico.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada actual de la institución, actualmente existe un aumento notable en el número de estudiantes que realizan rotación simultánea en los diferentes servicios, tales como pediatría, Consulta Externa, Cirugía General, Neurología, Neurocirugía, Ortopedia, Hospitalización, Hemocentro y Urgencias. Actualmente las rotaciones se concentran más en los programas de pregrado que de postgrado. El mayor porcentaje de participación en el escenario de práctica lo tiene el programa de Enfermería y de ellas las estudiantes de la UIS y de la UCC. Asimismo, en cuanto a la formación en Medicina el mayor porcentaje de estudiantes lo aporta la Universidad Industrial

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 12 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

de Santander. El compromiso del Hospital con la academia, apoyado en la investigación y la generación de conocimiento, lo ha posicionado como una de las instituciones más representativas en la prestación de servicios de salud, y como un polo de desarrollo científico mediante el diseño e implementación de diferentes proyectos de investigación en salud.

4.3. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO.

Comprende el diagnóstico de las tres áreas de gestión que agrupan indicadores de Dirección 20%, Indicadores Administrativos y financieros 40% e indicadores asistenciales 40%. (Ver anexo 2).

4.4. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS.

Se plasman los logros o compromisos con los que se espera modificar la situación encontrada en el diagnóstico, cambios que se deberán evidenciar al final del período del Gerente. (Ver anexo 3).

4.5. MATRIZ DE METAS

Metas anuales del Plan de Gestión del Gerente. El primer año 2017, no es período completo (Ver anexo 4)

4.6. MATRIZ DE CALIFICACIÓN (Ver anexo 5)

Según el artículo 2 de la resolución 743/13 “cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador definida en el anexo No.3 de la norma en mención, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE.

5. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN

5.1. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN

- Paso 1. El gerente de la ESE HUS presentara el proyecto de plan de gestión dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo.
- Paso 2. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Paso 3. La Junta Directiva deberá aprobar el Plan de Gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.
- Paso 4. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes.
- Paso 5. En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

	PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020	Página: 13 de 60
	CODIGO: GD-GE-PL-01	Versión: 2

5.2. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL

- Paso 1. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología son los normados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Teniendo en cuenta el artículo 3 de la resolución 743 de 2013 si el gerente no se desempeñó durante la totalidad de la vigencia, no se realizará evaluación respecto de dicha vigencia.
- Paso 2. La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del Plan de Gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
- Paso 3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
- Paso 4. La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma Junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
- Paso 5. Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aún sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1. FICHAS DE LOS INDICADORES

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva	Subproceso	Gestión Gerencia	
Nombre	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Código	Dominio	Eficiencia
Definición	La medición de éste Indicador muestra el resultado de la Autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación, adicionalmente, se utiliza para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión del Gerente de la ESE HUS.			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada.	Fuente numerador	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
Denominador	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Anual
Unidad de Medida	Ninguno	Periodicidad remisión de la información	Anual
Responsable / Proceso	Jefe de Oficina de Calidad / Mejoramiento Continuo de la Calidad	Vigilancia y control	Oficina Asesora de Control Interno

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad	Por Genero	x	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	Institucional IPS	x	De acuerdo al estandar definido por la Resolucion 408 de Febrero del 2018	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR			REGULAR
Consideraciones para el análisis							

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva	Subproceso	Gestión Gerencia	
Nombre	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.	Código	Dominio	Eficiencia
Definición	La medición de éste indicador garantiza evaluar el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento derivados del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Relacion del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas.	Fuente numerador	Superintendencia Nacional de Salud
Denominador	Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Trimestral
Unidad de Medida	Número absoluto	Periodicidad remisión de la información	Trimestral
Responsable / Proceso	Jefe de Oficina de Calidad / Mejoramiento Continuo de la Calidad	Vigilancia y control	Oficina Asesora de Control Interno

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control		Institucional IPS	x	≥ 0.90	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.71 a 0.89	REGULAR
Consideraciones para el análisis							< 0.70	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestion Desarrollo Institucional	Subproceso			
Nombre	Gestion de ejecucion del Plan de Desarrollo Institucional	Código	GDI-IND-01	Dominio	Eficiencia
Definición	Grado de cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI)				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluacion.	Fuente numerador	Informe del Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional de la ESE HUS. El informe como minimo debe contener: El listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluacion; indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas y el calculo del indicador.	
Denominador	Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluacion.	Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador		Periodicidad recomendada generación de información	Trimestral
Unidad de Medida	Porcentual		Periodicidad remisión de la información	Trimestral
Responsable / Proceso	Jefe de Oficina de Desarrollo Institucional		Vigilancia y control	Oficina Asesora de Control Interno

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	Institucional IPS	≥ 90%	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGR	71% a 89%	REGULAR
Consideraciones para el análisis					< 70%	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Versión 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gerión Directiva	Subproceso		
Nombre	Riesgo fiscal y financiero	Código		Dominio Eficiencia
Definición	Capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de la ESE HUS, frente a los ingresos operacionales corrientes.			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Clasificación generada por el Ministerio de Salud	Fuente numerador	Ministerio de Salud
Denominador	Clasificación generada por el Ministerio de Salud	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Clasificación generada por el Ministerio de Salud	Periodicidad recomendada generación de información	Anual
Unidad de Medida	categoria	Periodicidad remisión de la información	Anual
Responsable / Proceso	Ministerio de Salud	Vigilancia y control	Grupos primarios de Gerencia

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	x	5	BUENO: INSTITUCION CON RIESGO Y CON ADOPCION DEL PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		NO APLICA	NO APLICA: INSTITUCION SIN RIESGO
Consideraciones para el análisis	se requiere el estado de cartera, la ejecución presupuestal, informe de pasivos						0	DEFICIENTE: INSTITUCION CON RIESGO Y SIN ADOPCION DEL PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva	Subproceso		
Nombre	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	Código	Dominio	EFICIENCIA
Definición	Es calcular el valor de una unidad producida de la ESE HUS en la vigencia			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	
Denominador	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior.	Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual	
Unidad de Medida	numero de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas	Periodicidad remisión de la información	Trimestral	
Responsable / Proceso	profesional especializado de la unidad funcional de recursos financieros /GESTION FINANCIERA	Vigilancia y control	Grupo primario de Gerencia	

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	x	< 0.90	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		entre 0.90 y 1.10	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Informe de producción de las diferentes áreas y ejecución presupuestal						>1.10	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gerión Directiva	Subproceso		
Nombre	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante mecanismos.	Código	Dominio	Eficiencia
Definición	Establecer las compras de medicamentos y material medico quirurgico a traves de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de ESEs, o compras electronicas			

DEFINICIÓN OPERACIONAL		VARIABLES		
Numerador	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE (c) compras a través de mecanismos electrónicos.	Fuente numerador	Certificación suscrita por el Revisor fiscal de la ESE HUS. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a) b) c), 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos; 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada; Aplicación de la fórmula del indicador.	
Denominador	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médicos-quirúrgicos en la vigencia evaluada.	Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Trimestral	
Unidad de Medida	%	Periodicidad remisión de la información	Trimestral	
Responsable / Proceso	Subgerencia Administrativa y Financiera	Vigilancia y control	Grupo primario de Gerencia	

ANÁLISIS DEL INDICADOR						UMBRAL DE DESEMPEÑO	
Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	≥0,70	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGR	entre 0.31 y 0.69	REGULAR
Consideraciones para el análisis	ejecucion presupuestal					≤0.30	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gerencia Directiva	Subproceso		
Nombre	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Código		Dominio Oportunidad
Definición	Cumplimiento de pago oportuno al personal de planta y contratación de servicio de la ESE HUS			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador y/o Variable 1	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Certificación suscrita por el Revisor fiscal, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	
Denominador y/o Variable 2	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.	Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Valor Nominal = Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación Variable 1 (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - Variable 2 (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Periodicidad recomendada generación de información	MENSUAL	
Unidad de Medida	pesos	Periodicidad remisión de la información	TRIMESTRAL	
Responsable / Proceso	Subgerencia Administrativa y Financiera	Vigilancia y control	Grupo primarios de Gerencia	

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control	Institucional IPS	no varía (0), ó variación negativa respecto a la vigencia anterior	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGR	No Aplica	No Aplica
Consideraciones para el análisis	Informe de pasivo y /o estados financieros				Variación positiva respecto a la Vigencia Anterior	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva		Subproceso		
Nombre	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones-RIPS		Código	Dominio	eficacia
Definición	Análisis de la Información generada por los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Número de informes de analisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe del Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional de la ESE HUS, soportado en las actas de sesion de la junta directiva, que como minimo contenga: Fecha de los informes presentados a la junta directiva, Periodo de los RIPS utilizados para el analisis y relacion de Actas de Junta Directiva en las que se presento el informe.	
Denominador		Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Valor nominal		Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Número		Periodicidad remisión de la información	Bimestral
Responsable / Proceso	Subgerente Administrativo y Financiero /GESTION FACTURACION		Vigilancia y control	Grupo Primario Gerencia

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control		Institucional IPS	x	presentación de 4 informes	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		presentación de 2 a 3 informes	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Actividades facturadas en un periodo, los diagnosticos de los pacientes registrados en las historias clinicas						presentación de 1 informe o no presenta	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva	Subproceso	
Nombre	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Código	Dominio EFICIENCIA
Definición	Capacidad de financiación de los compromisos adquiridos por la institución con los recaudos obtenidos en la misma vigencia		
DEFINICIÓN OPERACIONAL		VARIABLES	
Numerador	Valor de la ejecución de ingreso totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores)	Fuente numerador	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores)	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Trimestral
Unidad de Medida	Número Absoluto	Periodicidad remisión de la información	Trimestral
Responsable / Proceso	Subgerente Administrativa y Financiera /GESTION FINANCIERA	Vigilancia y control	Grupo primario Gerencia

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC		Vigilancia y control	Institucional IPS	>= 1	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR	entre 0.81 y 0.99	REGULAR
Consideraciones para el análisis	los recaudos frente a los compromisos soportados en la ejecución presupuestal				<= 0.80	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión Directiva		Subproceso		
Nombre	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.		Código	Dominio	Oportunidad
Definición	Entrega oportuna de la información solicitada de la circular unica				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Cumplimiento oportuno de los informes en terminos de la normatividad vigente	Fuente numerador	Superintendencia Nacional de Salud
Denominador		Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Cumplimiento oportuno de los informes en terminos de la normatividad vigente	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Fecha establecida por la normatividad vigente	Periodicidad remisión de la información	Trimestral
Responsable / Proceso	profesional especializado de la unidad funcional de recursos financieros /GESTION FINANCIERA	Vigilancia y control	Grupo primario Gerencia

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control		Institucional IPS	x	Cumplimiento dentro de los terminos previstos.	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR			REGULAR
Consideraciones para el análisis	informe de calidad e infome de produccion							

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Versión 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestion Directiva		Subproceso		
Nombre	Oportunidad en el reporte del informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la Seccion 2, Capitulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único reglamentario del sector salud y proteccion social, o la norma que la sustituya.		Código	Dominio	Oportunidad
Definición	Presentación de la situación de la institución en aspectos financieros, asistenciales y administrativos que son oficiales para la toma de decisiones				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Cumplimiento oportuno de los informes en terminos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluacion.	Fuente numerador	Ministerio de salud y proteccion social
Denominador		Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Cumplimiento dentro de los terminos previstos.	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Fecha establecida por la normatividad vigente	Periodicidad remisión de la información	Trimestral
Responsable / Proceso	Gestion Financiera	Vigilancia y control	Grupo primario Gerencia

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad	Por Genero	x	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	Institucional IPS	x	Cumplimiento dentro de los terminos previstos.	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR			REGULAR
Consideraciones para el análisis	consistencia de la informacion reportada entre los diferentes modulos que presenta el informe						DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gerencia de Urgencias y Gerencia de Internación	Subproceso	Urgencias gineco-obstétricas y Hospitalización gineco-obstétrica		
Nombre	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Trastornos hipertensivos en gestantes.	Código	Dominio	Gerencia de Riesgo/ eficiencia	
Definición	Busca medir la aplicación estricta de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de la gestación, para un Dx oportuno de las causas de trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo para realizar adecuado tratamiento y disminuir morbilidad materna y perinatal. Los trastornos hipertensivos del embarazo son un conjunto de desordenes caracterizados por la elevación de tensión arterial durante la gestación. Describen un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de tensión arterial a hipertensión arterial severa con daño de organo blanco y grave mortalidad de materno-fetal. Permite la aplicación de la guía un seguimiento al riesgo.				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Número de H.C auditadas que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe de comité de Historia Clínica de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.		
Denominador	Número total de H.C auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de la evaluación.	Fuente denominador			
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador		Periodicidad recomendada generación de información	Mensual	
Unidad de Medida	Porcentaje		Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)	
Responsable / Proceso	Subgerencia Mujer y Infancia-Gerencia-Estadística.		Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad	

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
	x							
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	Institucional IPS	x	≥ 0,80	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	x	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0,56-0,79	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Busca medir la aplicación estricta de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de la gestación, para un Dx oportuno de las causas de trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo para realizar adecuado tratamiento y disminuir morbilidad materna y perinatal. Responsable de la Medición: Auditor de calidad Responsable del Análisis: Comité de Historias Clínicas- Gerencia-Subgerencia de Mujer y Infancia.						≤ 0,55	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gesión de Internación	Subproceso	Hospitalización Medicina Interna, Pediátrica, Gineco-obstetricia		
Nombre	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario	Código	Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia	
Definición	Seguimiento a la adherencia de las guías de manejo de la primera causa de egreso hospitalario				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.		
Denominador	Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario en la vigencia objeto de la evaluación.	Fuente denominador			
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual		
Unidad de Medida	Número absolut	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)		
Responsable / Proceso	Jefe Oficina Asesora Calidad / Auditoría Médica de Calidad	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad		

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	Vigilancia y control	Institucional IPS	≥ 0.80	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR	0.30 -0.79	REGULAR
Consideraciones para el análisis				< 0.3	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Versión 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión quirúrgica	Subproceso	Quirofanos		
Nombre	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Código	I.1.1-AP	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad- Eficacia
Definición	Busca medir la Oportunidad para la realización de la Apendicectomía en la ESE HUS una vez confirmado el Dx por el medico de urgencias y/o el especialista de cirugía y en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, así como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de los servicios que generan su población, orientando decisiones de mejoramiento. Igualmente es útil para el usuario en su decisión de elegir IPS en la cual desea ser atendido.				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Número de Pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se le realizó la apendicectomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación.	Fuente numerador	Informe de subgerencia Quirúrgica de la ESE HUS, que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se le realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica con aplicación de la fórmula del indicador.		
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente denominador			
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual		
Unidad de Medida	Proporción	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)		
Responsable / Proceso	Subgerencia Medica- subgerencia Quirúrgica-subgerencia Apoyo Dx-Gerencia-Subgerencia Enfermería-Estadística.	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad y Coordinador de registros de Cirugía en quirofanos		

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	Institucional IPS	x	≥ 0.90	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	x	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.51 - 0.89	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Se busca medir la oportunidad en la realización de la apendicectomía para evitar posibles complicaciones y riesgos, para plantear a partir de resultados planes de mejora. Tener en cuenta para el análisis los casos que se salen del estándar para plan de mejora. Responsable de la Medición: Auditor de calidad. Responsable del Análisis: Comité de Calidad- Gerencia - Subgerencia Quirúrgica - y Subgerencia Apoyo Diagnóstico.						< 0.51	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión de Urgencias - Gestión internación - Gestión de cuidados intensivos	Subproceso	Urgencias pediátricas - Hospitalización pediátrica - UCI pediátrica		
Nombre	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Código	Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia	
Definición					

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador y/o Variable 1	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.		
Denominador y/o Variable 2	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación -Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Fuente denominador			
Fórmula de Cálculo	Variable 1 y (Variable 1 - Variable 2)	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual		
Unidad de Medida	Variación	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)		
Responsable / Proceso	Subgerencia Medicas-Subgerencia Apoyo Dx-Gerencia-Subgerencia Enfermería-Estadística.	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad		

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	Vigilancia y control	Institucional IPS	Se presentaron NBA de origen intrahospitalario pero la variación interanual es Cero (0) ó negativa	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		REGULAR
Consideraciones para el análisis					DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Versión 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión de urgencias	Subproceso	Urgencias General Adulto		
Nombre	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo al Miocardio	Código	I.1.1-AP	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia
Definición	Busca medir la Oportunidad del inicio de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del Dx del IAM En la ESE HUS. El IAM hace referencia a un riesgo sanguíneo deficiente, con daño tisular, en una parte del corazón producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura por una placa de aterosclerosis vulnerable. El suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce Angina de pecho, que si se reanaliza precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce lesión al miocardio y finalmente la necrosis-IAM. El pronóstico vital con infarto depende de la extensión del mismo y la oportuna atención.				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio al egreso, a quienes se inicio la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE HUS que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.		
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente denominador			
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual		
Unidad de Medida	Proporción	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)		
Responsable / Proceso	Subgerencia Quirúrgica-subgerencia Apoyo Dx-Gerencia-Subgerencia Enfermería-Estadística.	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de calidad-comité de calidad		

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	Institucional IPS	x	≥ 0.90	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	x	Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		0.51- 0.89	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Se busca medir la oportunidad en la realización de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a las realización del diagnóstico para evitar posibles complicaciones y riesgos, y para plantear a partir de resultados plan de mejora. Responsable de la Medición: Auditor de calidad; Responsable del Análisis: Comité de Calidad-Gerencia-Subgerencia de Servicios Médicos-Coordinador Médico de urgencias-Subgerencia Apoyo Diagnóstico y subgerencia de Enfermería y subgerencia de Servicios Ambulatorio y Terapéuticos.						< 0.50	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**



SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión integral de la información	Subproceso	Epidemiología		
Nombre	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Código	1.3.1	Dominio	Gerencia del Riesgo - Eficacia
Definición	La tasa de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Numero de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
Denominador	Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Tasa por mil	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)
Responsable / Proceso	Medicina interna- Pediatría- cirugía general - neurocirugía - ortopedia - ginecología - UCIA - UCIP - Urgencias	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-profesional Universitario- Auditores Medicos que realizaran seguimiento al registro del RUAF

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	Vigilancia y control	Institucional IPS	>= 0.90	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación	Trazador de calidad promoción y prevención	Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR	0.51 - 0.89	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Con este indicador lo que se busca es medir la tasa y poder analizar, establecer muertes evitables y no evitables de los usuarios de la ESE después de las 48 horas en la atención de hospitalización en un periodo determinado y así generar plan de mejora. Describir la causa de mortalidad en cada servicio. Tener un especial analisis para el Servicio de Urgencias. Responsable de la medicion: Auditor medico concurrente del servicio- Oficina de Calidad- profesional universitario-Epidemiologo; Responsable del analisis: Comité de Mortalidad por subgerencias - Epidemiología.			< 0.51	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión integral de la información		Subproceso	Estadística		
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.		Código	I.1.1-P	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia
Definición	<p>La atención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad.La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resoluitividad es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta .Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patologico disminuyendo la incapacidad,secuelas y riesgos inherentes a el y disminuye la congestión inadecuada.El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe,orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decision de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluitiva de los procesos Pediatricos.La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera,sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>					

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO del ministerio de salud y protección social.	
Denominador	Numero total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente denominador		
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador		Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Días		Periodicidad remisión de la información	trimestral (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)
Responsable / Proceso	Las Subgerencias Mujer y Infancia-Servicios Ambulatorios-Gerencia-Auditors Medicos-Estadística- Epidemiologia-EPS		Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de Calidad-Profesional Universitario oficina de calidad

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	x	Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	Institucional IPS	x	≤ 5 días	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		6-9 días	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Busca Medir la oportunidad de la asignación de cita de consulta de pediatría con respecto a la solicitud realizada por los Usuarios, para plantear a partir de resultados plan de mejora. Considerar para el análisis las citas canceladas y/o incumplidas. Responsable de la Medición: Auditor de Calidad-Profesional universitario oficina de calidad; Responsable del Análisis: Comité de Calidad- subgerencia de servicios Ambulatorio y Subgerencia Mujer y Infancia.						≥ 10 días	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Version 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**



SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestion integral de la informacion	Subproceso	Estadística		
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	Código	I.1.1-G	Dominio	Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia
Definición	La atención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resoluidividad es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta .Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patologico disminuyendo la incapacidad,secuelas y riesgos inherentes a el y isminuye la congestión inadecuada.El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe,orientando decisiones de mejoramiento,puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluidiva de los procesos ginecologicos.La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera,sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.				

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluacion.	Fuente numerador	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO del ministerio de salud y proteccion social.
Denominador	Numero total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluacion.	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Días	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)
Responsable / Proceso	Las Subgerencias Mujer y Infancia-Servicios Ambulatorios-Gerencia-Audidores Medicos-Estadística- Epidemiología-EPS	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de Calidad-Profesional Universitario oficina de calidad

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere	Por edad	Por Genero	RANGO ESTABLECIDO		INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	≤ 8 días	BUENO
	Seguimiento a riesgos habilitación		Trazador de calidad promoción y prevención		9-15 días	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Busca medir la oportunidad de la asignación de cita de consulta de ginecología con respecto a la solicitud realizada por los Usuarios, para plantear a partir de resultados plan de mejora. Considerar para el análisis las citas canceladas y/o incumplidas. Responsable de la Medición: Auditor de calidad -Profesional universitario; Responsable del Análisis: Comité de calidad-subgerencia de servicios Ambulatorio y subgerencia de mujer y infancia				≥16 días	DEFICIENTE

**FICHA TECNICA DE INDICADORES
GMC-CA-FO-82 Versión 2
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ASPECTOS GENERALES

Proceso	Gestión integral de la información	Subproceso	Estadística	
Nombre	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Código	I.1.1-MI	Dominio Accesibilidad/Oportunidad - Eficacia
Definición	La atención por medico especialista es la mas importante para la ESE HUS debido al nivel complejidad.La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la Eficiencia del sistema pues orienta .Una respuesta rapida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patologico disminuyendo la incapacidad,secuelas y riesgos inherentes a el y isminuye la congestión inadecuada.El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe,orientando decisiones de mejoramiento,puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decision de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar ademas un trazador indirecto de la capacidad resoluciva de los procesos de Medicina Interna.La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiera,sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.			

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES

Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente numerador	Ficha tecnica de la pagina web del SIHO del ministerio de salud y protección social.
Denominador	Numero total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	Fuente denominador	
Fórmula de Cálculo	Numerador / Denominador	Periodicidad recomendada generación de información	Mensual
Unidad de Medida	Días	Periodicidad remisión de la información	mensual (Entrega del resultado en los cinco primeros días de cada mes)
Responsable / Proceso	Las Subgerencias Servicios Medicos-Servicios Ambulatorios-Gerencia-Audidores Medicos-Estadística- Epidemiología-EPS	Vigilancia y control	Oficina de Calidad-Auditor de Calidad-Profesional Universitario oficina de calidad

ANÁLISIS DEL INDICADOR

UMBRAL DE DESEMPEÑO

Ajuste por riesgo	No requiere		Por edad		Por Genero		RANGO ESTABLECIDO	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
	Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	x	Vigilancia y control	x	Institucional IPS		
Seguimiento a riesgos habilitación			Trazador de calidad promoción y prevención		Monitoreo, seguimiento y Evaluación a PGIR		16-29 días	REGULAR
Consideraciones para el análisis	Busca medir la oportunidad de la asignación de cita de consulta de medicina interna con respecto a la solicitud realizada por los Usuarios, para plantear a partir de resultados plan de mejora. Considerar para el analisis las citas canceladas Y/o incumplidas. Responsable de la Medición: Auditor de Calidad-Profesional universitario oficina de calidad; Responsable del Análisis: Comité de Calidad-subgerencia de servicios Ambulatorio y Subgerencia de servicios Medicos.						≥30 días	DEFICIENTE

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 35 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

6.2. ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO

ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO

MATRIZ DE DIAGNÓSTICO ESE HUS A DICIEMBRE 31 DE 2016

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,6	Acreditación en la vigencia evaluada	<p>1. Informe ciclo preparación para la acreditación 2012 a 2017. Primera etapa Autoevaluación e implementación acciones de mejora. (2013 a 2014). La segunda etapa inicia 4to trimestre 2014 a sep. 2015 conformación grupos de autoevaluación y priorizaron oportunidades de mejora aplicando matriz riesgo, costo, volumen, se realizó tercera autoevaluación en nov y dic 2015 obteniendo 2,34 puntos. La tercera etapa vigencia 2016 a marzo 2017 se desarrolla sistema información de acreditación, se registra en el sistema la tercera autoevaluación; se realizó seguimiento a planes de mejora y se evidencia cumplimiento de estos (19.6%). No se realizó autoevaluación de estándares de acreditación en la vigencia 2016, por lo anterior cuando se presentó el Plan de Gestión se tomó la tercera opción del indicador; En Noviembre del 2017 se realiza autoevaluación y se da inicio al cuarto ciclo de preparación para la acreditación, en base a esto se toma la segunda opción descrita en la resolución 408/18 que va dirigido a instituciones no acreditadas Con autoevaluación en la vigencia anterior.</p> <p>Es preciso mencionar que la línea base para este indicador cambia con corte a dic 31 de 2017, y corresponde al resultado de la autoevaluación realizada en noviembre del 2017, que se soporta con certificación expedida por la jefe de la oficina asesora de calidad.</p>

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,20	$\geq 0,9$	La línea base sería la última medición realizada en el 4to trimestre de 2016 y certificado por la oficina asesora de calidad y la oficina asesora de control interno mediante oficio del 23 de enero de 2017, en el cual se informa que, de las 464 acciones de mejora, se realizó seguimiento a planes de mejora y se evidencia cumplimiento de estas 91 acciones (19,6%). Hay 124 (26,7%) acciones en desarrollo, hay 32 (6,8%) acciones en estado Atrasado y 217 (47%) acciones en estado no iniciado.
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0,15	$\geq 0,9$	La ESE HUS no tiene plan de desarrollo Institucional en este momento LEY 152/94. El aportado por la oficina de Desarrollo corresponde a la vigencia 2012 a 2016. Hay informe de seguimiento al POA transitorio de calidad y Control interno donde se concluye que, de los 14 proyectos de Inversión, el 14% (2) se terminaron, el 36% (5) están en desarrollo, el 7% (1) está sin iniciar y el 43% (6) están suspendidos. La resolución 408/18 determina que este indicador se calcula con metas del POA cumplidas sobre metas del POA programadas. Al revisar el POA aprobado mediante acuerdo de junta No. 012 del 8 de junio de 2016, se cuantifican 13 metas (10 consultorías y obras y 3 programas y proyectos) y al compararlo con el informe de la oficina asesora de control interno se evidencia que se cumplen 2 metas (proyecto 10 y proyecto 13), y ese valor es el que se registra como línea base.

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	No Aplica	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero (esto no es obligatorio para el hospital por no estar en riesgo medio o alto).	<p>La ESE HUS en el momento de la elaboración de este informe no ha recibido la calificación que realiza el ministerio de salud y que publica a finales del mes de Mayo de 2017 sobre la categorización del riesgo hospitalario. Es importante señalar que la ESE HUS se recibe a 31 de marzo de 2017 con los siguientes resultados financieros: (ver tabla 1 Informe presupuestal corte a marzo de 2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Presupuesto inicial, presupuesto final, comprometido, recaudo vigencia actual y recaudo vigencia anterior. * Giro directo y pasivos (ver tabla 2 giro directo, pasivos). Caja: hoy se deben 49.000 millones. * La contratación es baja, en el régimen contributivo se contrata el 2% de lo que se factura y en el régimen subsidiado es el 46%. <p>Informe SIHO 2016 e Informe de la unidad funcional financiera de la ESE HUS sobre la ejecución del primer trimestre de 2017. La última publicación del Ministerio Res 1755 de Mayo del 2017 califica la ESE sin Riesgo.</p>
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0,96	<0,9	Según la res 408 la fuente de la información para este indicador es la ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud.

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos 	cero (0)	$\geq 0,7$	La línea base es cero. Se adjunta la certificación de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico suscrita por subgerencia de servicios ambulatorios y la revisora fiscal y certificado de compra de material médico quirúrgico expedido por el jefe de almacén e inventarios y la revisora fiscal.
Financiera y Administrativa	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) con Variación positiva	Cero (0) o Variación negativa	La certificación suscrita el 4 de abril de 2017 por la revisora fiscal y el tesorero del HUS sobre el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de planta de personal es de cero (0) pesos y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior es de 24.676.529.184 (veinticuatro mil seiscientos setenta y seis millones, quinientos veintinueve mil ciento ochenta y cuatro pesos). Teniendo en cuenta la resolución 408/18 el puntaje de línea base sería cero (0) pues en la certificación antes mencionada, se registra deuda con variación positiva frente a la vigencia anterior.

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	La fuente del informe es el jefe de oficina de Desarrollo Institucional de la ESE HUS, y la evidencia las actas de junta directiva. Una vez revisadas las actas de junta directiva de la vigencia 2017, se evidencia presentación de informe de análisis de RIPS del 4to trimestre de 2016 en acta 272 de febrero 8 de 2017 de junta directiva. Este informe presentado en el mes de febrero de 2017 es el primero de la vigencia a evaluar.
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo	0,76	>=1	La línea base es 0,76 del área financiera. La fuente es la ficha técnica de la página Web del SIHO del ministerio de salud.
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento términos previstos	cumplimiento dentro de los términos previstos	El Hospital Universitario de Santander HUS, viene presentando el informe de la circular única en los términos previstos y adjunta evidencia de la oportunidad de los reportes
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2 capitulo 8, titulo 3, parte 5 del Decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector salud o protección social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	El Hospital Universitario de Santander HUS, viene presentando el informe de la circular única en los términos previstos y adjunta evidencia de la oportunidad de los reportes

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo para trastornos hipertensivos en gestantes	0,89	$\geq 0,8$	La historia clínica esta sistematizada, software dinámica gerencial está integrado con la parte administrativa y financiera, pero no con apoyo diagnóstico y terapéutico (Imagenología, laboratorio clínico) ni farmacia. Según la res 408 la fuente de la información para este indicador es el comité de historias clínicas del cual se adjunta soporte del 23 de enero de 2017. El instrumento utilizado para la evaluación de las historias clínicas de guías de manejo es el manual de evaluación de la calidad de la historia clínica médica y de aplicación de las guías de manejo código ADM-M-01 versión 00 de noviembre de 2009.
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario	1	$\geq 0,8$	La historia clínica esta sistematizada- Según la res 408 la fuente de la información para este indicador es el comité de historias clínicas. Se tomó como fuente el informe realizado por el Epidemiólogo Dr. Fernando José Mantilla McCormick fechado enero 13 de 2017, donde se establece las primeras causas de egreso hospitalario por edades. La primera causa de Egreso Hospitalario es Otros Dolores Abdominales y los no Especificados, R104.
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,94	$\geq 0,9$	Según la res 408 la fuente de la información para este indicador es Informe de la subgerencia científica de la ESE HUS (subgerencia quirúrgica en el HUS). El instrumento utilizado para la evaluación de las historias clínicas de guías de manejo es el manual de evaluación de la calidad de la historia clínica médica y de aplicación de las guías de manejo código ADM-M-01 versión 00 de noviembre de 2009.

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	1	Cero (0) o Variación negativa	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es un informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente. Acá es muy importante el tema del reporte de eventos adversos y tratar en esta vigencia de detectar los casos que se presenten e indagar que se viene trabajando para evitar que se presenten. En el HUS se presentaron 29 Infecciones del tracto respiratorio, de las cuales 15 fueron neumonías y 14 neumonías NAV en el año 2016 en pacientes pediátricos, oficio de Abril 7 de 2017 emitido por el Subgerente del servicio de mujer e infancia. Se reportó una neumonía de tipo broncoaspirativo.
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	0,94	$\geq 0,9$	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es el Comité de Historias Clínicas de la ESE HUS. Según la estadística presentada, de los 396 casos presentados en la vigencia 2016, se realizó terapia específica a 373 casos dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1,0	$\geq 0,9$	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es un informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente. El soporte para establecer la línea base es que se analizaron 85 casos de los 85 casos que se presentaron.
Gestión Clínica o Asistencial	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	5	≤ 5	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es la ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 408 de 2018.

AREA DE GESTION	No. DEL INDICADOR	INDICADOR	LÍNEA BASE (Estado a dic 31 de 2016)	ESTANDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTANDAR
					Se ajusta línea base según información reportada en la resolución 256 cargada en SIHO con corte a 31 Dic 2016. conc_codigo 4630 y 4631, concepto P.3.4 (numerador=5.066 / denominador= 939)
Gestión Clínica o Asistencial	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	10	<=8	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es la ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 408 de 2018. Se ajusta línea base según información reportada en la resolución 256 cargada en SIHO. conc_codigo 4634 y 4635, concepto P.3.6 (numerador=10.853 / denominador= 1.075)
Gestión Clínica o Asistencial	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina Interna.	15	<=15	Según la res 408 cambia la fuente de la información para este indicador, es la ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó revisión a la ficha técnica del indicador existente en el umbral de desempeño sobre los rangos establecidos para ajustarlos a lo contemplado en la resolución 408 de 2018. Se ajusta línea base según información reportada en la resolución 256 cargada en SIHO. conc_codigo 4628 y 4629, concepto P.3.3 (numerador=40.637 / denominador= 2.795)

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 44 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

6.3. ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.
Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

ANEXO 3. MATRIZ DE COMPROMISOS Y ACTIVIDADES

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
------------------------	------------	------------------	--	--

Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	<p>Se Obtienen resultados mayores a 3,0 cumpliendo con el ciclo de mejoramiento y se deja a la institución en condición de tomar decisión de acreditarse.</p> <p>Postulación para la acreditación en el periodo de gerencia 2019</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en el Decreto 1011 de 2006 (Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios) 2. Realizar la cuarta autoevaluación de acreditación (analizar y estudiar cada uno de los estándares u comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados). 3. Unificar manejo de los planes de mejora. 4. Gestión de Obras físicas que permita el cumplimiento de los estándares de infraestructura. 5. Gestión de inventarios que permita cumplir los estándares de dotación. 6. Fortalecer la cultura de calidad con enfoque en acreditación en todos los colaboradores HUS (incluir en las minutas contractuales de las empresas externas de personal cláusulas para apoyar procesos de acreditación). 7. Gestionar y garantizar recursos para el proyecto del tercer ciclo de acreditación. 8. Elaborar, desarrollar y socializar cronograma de acreditación teniendo en cuenta plazo legal para hospitales Universitarios. 9. Formalizar postulación acreditación con firma de contrato con la entidad acreditadora.
----------------------	---	--	--	---

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
-----------------	-----	-----------	---	-------------------------------------

Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Anualmente tener mejoras superiores al > 90% de las mejoras obtenidas en la vigencia anterior.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobar por resolución Programa de Auditorías vigencia 2017, incluyendo autoevaluaciones con enfoque de acreditación. 2. Capacitar en autoevaluación a autoridades de procesos con su equipo de trabajo. 3. Efectuar autoevaluación a procesos prioritarios con enfoque de acreditación (Enfoque, implementación y resultados). 4. Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora sobre no conformidades. 5. Efectuar ciclo autoevaluación PHVA durante la vigencia. 6. Informe de autoevaluación
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Cumplimiento del 90% de las Metas propuestas en el plan operativo.	<ul style="list-style-type: none"> * Se elaborará y socializará plan de desarrollo institucional para la vigencia 2017 a 2020. * Se hará seguimiento trimestral a los avances del plan operativo anual. (Verificar si hay herramientas para seguimiento del plan). * Se hará seguimiento trimestral al cumplimiento de planes de acción por servicio cumpliendo ciclo PHVA. * Alinear los planes de acción por procesos con el plan operativo Institucional.
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la institución sin riesgo financiero	<ul style="list-style-type: none"> * Se implementará herramienta de seguimiento a la gestión financiera institucional. * Mejorar la contratación. * seguimiento a los compromisos con el departamento y la asistencia técnica del ministerio
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	reducir en un 10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer, implantar y efectuar seguimiento al sistema de costos para la ESE HUS. 2. Implementar programas de producción más limpia y uso eficiente de los recursos. 3. Adhesión a la cultura de austeridad en el gasto sin afectar la calidad.
AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR

Financiera y Administrativa	6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos 	<p>Compras de medicamentos y dispositivos médicos > 51% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar documento de compra conjunta. 2. Revisar sistemas de pronto pago. 3. Alianzas estratégicas con ESE para compras conjuntas. 4. Revisar sistema de incentivos para compras de medicamentos y material médico quirúrgico con cooperativas regionales y de otros departamentos.
Financiera y Administrativa	7	<p>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior</p>	<p>Control a que se presente deuda superior a 30 días para el personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior negativa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimizar el sistema de información correspondiente a facturación, con el fin de garantizar la oportunidad en el manejo financiero de la prestación de los servicios de salud. 2. Implementar estrategias que mejoren la eficiencia en la recuperación de cartera. 3. Revisar e implementar estrategias de mercadeo.
Financiera y Administrativa	8	<p>Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS</p>	<p>Presentación ante la junta directiva de mínimo 4 informes al año, basados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de datos generados por los RIPS sobre producción del periodo 2. Comparativo con vigencias anteriores
AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR

Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo	Buscar la sostenibilidad presupuestal de la Institución en términos de dinero recaudado frente a los gastos comprometidos y pago de deudas de vigencias anteriores, logrando llevar el indicador al rango entre 0,8 y 0,9 contemplado en la resolución 408/18.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender la radicación, registro y cobro de los servicios prestados con efectividad. 2. Evaluaciones periódicas a los costos, gastos e inversiones de la ESE con énfasis en austeridad en el gasto sin afectar la calidad del servicio. 3. Definición de política de cartera, en la que se incorporen acciones jurídicas. 4. Reuniones periódicas de seguimiento a contratos con entes contratantes.
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte oportuno de la información solicitada por la Supersalud, en cumplimiento de la normatividad en el 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer y socializar el cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. 2. Monitoreo y seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información a la Supersalud en los términos previstos.
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2 capítulo 8, título 3, parte 5 del Decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector salud o protección social, o la norma que la sustituya	Reporte oportuno de la información solicitada por el ministerio de salud, en cumplimiento del decreto 2193/04 en el 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer y socializar el cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. 2. Monitoreo y seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información a la Supersalud en los términos previstos.

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica de trastornos hipertensivos en gestantes	Todo el personal médico aplica la guía de trastornos hipertensivos gestacionales con una adherencia superior al 80%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar la guía de manejo de trastornos hipertensivos gestacionales. 2. Capacitar en la guía de manejo de trastornos hipertensivos gestacionales 3. Diseñar y aplicar formato de auditoría para adherencia de guías de manejo. 4. Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario	Todo el personal médico aplica la guía de primera causa de egreso hospitalario con una adherencia superior al 80%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar nuevamente la guía con el personal médico. 2. Revisar y/o actualizar los instrumentos de medición de adherencia. 3. Aplicar los instrumentos y socializar los resultados de la auditoría, elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento. 4. Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Cumplimiento del estándar de oportunidad de la realización en la apendicetomía menor a 6 horas después de confirmado el diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar nuevamente la guía con el personal médico. 2. Revisar y/o actualizar los instrumentos de medición de adherencia. 3. Aplicar los instrumentos y socializar los resultados de la auditoría, elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento. 4. Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Ausencia de casos de pacientes pediátricos hospitalizados con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar nuevamente al personal asistencial sobre la importancia del reporte de eventos adversos para lograr la notificación del 100% de los casos. 2. Realizar análisis y plan de mejoramiento de estos casos por parte del comité de infecciones intrahospitalarias, comité de calidad y comité de seguridad del paciente, para prevenir la ocurrencia de estos eventos.
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	El 90% de los pacientes que son diagnosticados con IAM, reciben la terapia específica de tratamiento dentro de la primera hora al diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar la guía de pacientes con IAM. 2. Evaluar la adherencia del personal médico a la guía de IAM, diseñar planes de mejoramiento y hacer seguimiento a los mismos para su cumplimiento. 3. Búsqueda activa institucional de IAM. 4. Socializar resultados de auditorías en el comité de historias clínicas; elaborar planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento para su cumplimiento.
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Se analizan el 100% de los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización en el comité de estadísticas vitales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diligenciamiento del RUAF. 2. Análisis de los casos para establecer causas y con base en estas diseñar planes de mejoramiento y hacer seguimiento a los mismos.
Gestión Clínica o Asistencial	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Todos los niños usuarios de la ESE acceden a la consulta pediátrica con oportunidad en la atención (Menor o igual a 5 días)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar funcionamiento del call center para asignación de citas, reconfirmar asistencia a consultas y hacer seguimiento a inasistentes. 2. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. 3. Dotar adecuadamente los servicios. 4. Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PERÍODO DE GERENCIA (3 años)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Gestión Clínica o Asistencial	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Todas las mujeres y gestantes usuarias de la ESE acceden a la consulta ginecológica y obstétrica con oportunidad en la atención. (Menor o igual a 8 días)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. 2. Dotar adecuadamente los servicios. 3. Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.
Gestión Clínica o Asistencial	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina Interna.	Todos los adultos usuarios de la ESE acceden a la consulta de medicina interna con oportunidad en la atención (Menor o igual a 15 días)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. 2. Dotar adecuadamente los servicios. 3. Se hará seguimiento al sistema de información que permita la captura y el reporte del dato.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 53 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

6.4. ANEXO 4. MATRIZ DE METAS

ANEXO 4. METAS DEL PLAN DE GESTIÓN

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERÍODOS			
			Año 1 (Abril-Dic/2017) Medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) Medición de Gestión
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	> 1,0	> 2,0	> 3,0	> 3,0
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	>= 0,90	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	< 0,9	< 0.90	< 0.90	< 0.90
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos	0	> = 0.51	> = 0.51	> = 0.51

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERÍODOS			
			Año 1 (Abril-Dic/2017) medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) medición de Gestión
Financiera y Administrativa	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la base (2016)	Variación negativa con respecto a la base (2017)	Variación negativa con respecto a la base (2018)	Variación negativa con respecto a la base (2019)
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a la Junta Directiva	Un (1) informe presentado a la Junta Directiva
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo	> = 0.8 Y < = 0.9	> = 0.8 Y = 0.9 <	> = 0.8 Y < = 0.9	> = 0.8 Y < = 0.9
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2 capítulo 8, título 3, parte 5 del Decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector salud o protección social, o la norma que la sustituya	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>=0,9

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERÍODOS			
			Año 1 (Abril-Dic/2017) medición Gestión	Año 2 - 2018 (Enero a diciembre) Primer año de Evaluación	Año 3 - 2019 (Enero a Diciembre) Segundo año de Evaluación	Año 4 - 2020 (Enero a Marzo) medición de Gestión
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0	0
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
Gestión Clínica o Asistencial	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	<=5	<=5	<=5	<=5
Gestión Clínica o Asistencial	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	<=8	<=8	<=8	<=8
Gestión Clínica o Asistencial	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina Interna.	<=15	<=15	<=15	<=15

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 57 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>


6.5. ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.
Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

ANEXO 5. MATRIZ DE CALIFICACIÓN

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			Línea base	Resultado del período evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				0,05	
Dirección y Gerencia	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud				0,05	
Dirección y Gerencia	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional				0,10	
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero				0,05	
Financiera y Administrativa	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida				0,05	
Financiera y Administrativa	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales de Estado 3. compras a través de mecanismos electrónicos				0,05	
Financiera y Administrativa	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior				0,05	
Financiera y Administrativa	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS				0,05	

AREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			Línea base	Resultado del período evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Financiera y Administrativa	9	Resultado Equilibrio presupuestal con Recaudo				0,05	
Financiera y Administrativa	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya				0,05	
Financiera y Administrativa	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía manejo específica trastornos hipertensivos gestantes				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso Infarto Agudo de Miocardio (IAM)				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0,03	
Gestión Clínica o Asistencial	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia				0,03	
Gestión Clínica o Asistencial	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina Interna.				0,02	

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p>PLAN DE GESTION GERENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2017 - 2020</p>	<p>Página: 60 de 60</p>
	<p>CODIGO: GD-GE-PL-01</p>	<p>Versión: 2</p>

7 CONTROL DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Descripción de la Modificación	Actualizado por	Revisado por	Aprobado por
2	Marzo de 2018	Se realizan las modificaciones requeridas conforme a la expuesto en la Resolución 408 de 2018.	Edgar Julián Niño Carrillo Gerente E.S.E. HUS	Comisión delegada de la Junta Directiva E.S.E. HUS	Junta Directiva E.S.E. HUS Acta No. 299 Proyecto de Acuerdo No. 7 del 2018