

# PLAN DE GESTIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023

GESTIÓN DIRECTIVA

GDR-GDR-PL-01, VERSIÓN 2  
MAYO DE 2020



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 – 2023</b></p>	<p>Página: 2 de 60</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p>Versión: 2</p>
<p><b>Elaboró:</b> Edgar Julián Niño Carrillo, Gerente E.S.E. HUS</p>	<p><b>Revisó:</b> Comisión Delegada de la Junta Directiva E.S.E. HUS</p>	<p><b>Aprobó:</b> Junta Directiva E.S.E. HUS Proyecto de Acuerdo No. 13 de 2020</p>
<p><b>Fecha Elaboración:</b> Abril de 2020</p>	<p><b>Fecha de Revisión:</b> Mayo de 2020</p>	<p><b>Fecha Aprobación:</b> Mayo de 2020</p>

**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 056 de Enero 13 de 2020  
 Acta de Posesión No. 004 de Enero 21 de 2020

**Mayo de 2020**

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 3 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

## PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es el mecanismo de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, para el periodo 2020 – 2023, en el cual se identifica la situación actual y los resultados a alcanzar durante el cuatrienio, determinando actividades y metas de gestión y resultados que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital, articuladas con su plataforma estratégica y la realidad en la operación institucional.

Todo lo anterior dentro de los lineamientos de los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, reglamentados por las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud, 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, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones”, en aspectos como: Dirección y Gerencia, viabilidad financiera y eficiencia financiera, gestión clínica y asistencial; reporte de indicadores de calidad y eficiencia en la prestación de servicios y cumplimiento en el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante resaltar, que ante la actual situación de emergencia sanitaria nacional generada por la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el pasado 11 de marzo de 2020, el ejercicio de la gestión administrativa institucional verá afectadas sus dinámicas, toda vez que obliga a mantener un constante seguimiento y toma de decisiones de manera diligente y oportuna para dar respuesta de la mejor manera a esta difícil situación de salud. Como principio primordial, se ha manejado en la actual administración, la obligación y necesidad de brindar la mejor protección posible al personal asistencial de la entidad, quienes serán los responsables de la atención directa del paciente comprometido con la actual patología de COVID19 entre los que se consideran la consecución de elementos de protección personal, capacitación continua y seguimiento a la adherencia en su uso; así como a realizar los planes de intervención de obra y dotación para las zonas de expansión y sin duda alguna, el direccionamiento de recursos físicos y financieros a los que obligue la situación, como respuesta y acatamiento de los lineamientos y directrices que se vienen dando de manera reiterada desde la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social y del ente territorial de salud. Conocedores y conscientes de la responsabilidad que como cabeza de red nos compete, no podemos ser inferiores a este gran reto, que sin duda alguna nos fortalecerá como institución de alta complejidad en salud; sino como la única posible oportunidad de atención, tratamiento y recuperación de la población más vulnerable de la región.

Los compromisos acordados permitirán orientar la ESE HUS hacia la definición de sus planes operativos, asignación de recursos, asignación de tiempos y responsabilidades, que facilitarán el cumplimiento de la gerencia al plan de gestión y el seguimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

**EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO**  
**Gerente ESE HUS**

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 4 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. OBJETIVOS.....	6
3. ALCANCE.....	6
4. APLICABLE .....	6
5. RESPONSABLE.....	6
6. DEFINICIONES.....	7
7. MARGO LEGAL .....	7
8. METODOLOGÍA.....	7
9. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN.....	8
8.1. JUNTA DIRECTIVA .....	8
8.2. GERENCIA.....	9
8.3. LÍDERES DE PROCESO .....	9
8.4. REVISOR FISCAL .....	9
9. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	9
9.1. MISIÓN .....	10
9.2. VISIÓN.....	10
9.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	10
9.4. PRINCIPIOS.....	10
9.5. VALORES .....	11
9.6. POLITICAS INSTITUCIONALES .....	11
10. GRUPOS DE INTERÉS.....	11
11. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	13
11.1. PREPARACIÓN. FICHAS TÉCNICAS .....	13
11.2. FORMULACIÓN. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	13
11.2.1. Diagnóstico inicial.....	14

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página: 5 de 63</b>
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión: 2</b>

11.2.2.	Matriz de Diagnóstico .....	20
11.2.3.	Matriz de Logros y Compromisos .....	21
11.2.4.	Matriz de Metas .....	21
11.2.5.	Matriz de Calificación .....	21
11.3.	PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN .....	21
11.4.	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL .....	21
12.	ANEXOS.....	22
12.1.	ANEXO 1. FICHA TÉCNICA.....	22
12.2.	ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO (A diciembre 31 de 2019) .....	49
12.3.	ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS .....	52
12.4.	ANEXO 4. MATRIZ DE METAS .....	57
12.5.	ANEXO 5. MATRIZ DE EVALUACIÓN.....	60

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 6 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

## **PLAN DE GESTIÓN ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El presente Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, a ejecutarse para el periodo 2020-2023 ha sido adoptado bajo las condiciones establecidas en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud, por medio de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión del Gerente y su evaluación por parte de la Junta Directiva, en las áreas de: Dirección y Gerencia, viabilidad financiera y eficiencia financiera, gestión clínica y asistencial; en donde se expresan los compromisos adquiridos para el siguiente cuatrienio y que buscan el logro de una gestión caracterizada por la transparencia, eficiencia, integridad y clara orientación hacia el cumplimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Plan de Gestión sirve como instrumento fundamental para la Gerencia, los funcionarios, colaboradores y demás grupos de interés como un marco general que le permita a la ESE Hospital Universitario de Santander cumplir con sus objetivos, misión, visión, políticas y estrategias, para responder a las necesidades de los usuarios, identificando la situación actual y los resultados a obtener durante el periodo de gestión, determinando metas y resultados.

Los compromisos acordados permitirán orientar la ESE HUS hacia la definición de su plan de desarrollo, asignación de recursos, tiempos y responsabilidades, que facilitarán el cumplimiento de la gerencia y el seguimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

### **2. OBJETIVO**

Adoptar mecanismos claros que permitan cumplir los compromisos definidos en el Plan de Gestión de la ESE HUS para el periodo 2020-2023, obteniendo resultados que generen confianza en sus grupos de interés y que conduzcan una mayor resolutivez en la prestación de los servicios, a través de una atención oportuna y de calidad, logrando que la población atendida recupere su estado de salud y mejore su calidad de vida.

### **3. ALCANCE**

El Plan de Gestión de la ESE HUS inicia desde la formulación, presentación y aprobación de las metas y compromisos del plan para el cuatrienio y finaliza con el seguimiento y evaluación de su cumplimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

### **4. APLICABLE**

El Plan de Gestión institucional para la vigencia 2020-2023 aplica a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación de la ESE Hospital Universitario de Santander

### **5. RESPONSABLE**

Gerente

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 7 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

## 6. DEFINICIONES

- **Administrar:** Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes.
- **Autorregulación:** Se refiere aquella capacidad que dispone una entidad de regularse a si misma en base a un monitoreo y control voluntario que tendrá lugar desde sus propias instalaciones y recursos.
- **Grupos de Interés:** Personas, grupos o entidades sobre las cuales el ente público tiene influencia o son influenciadas por éste. Es sinónimo de “Públicos Internos y externos”, o “Clientes internos y externos”, o “Partes interesadas”.
- **Políticas Institucionales:** Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.
- **Plan de Gestión:** Documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia, viabilidad financiera y eficiencia financiera, gestión clínica y asistencial, que sin ir en contravía de la planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en el anexo técnico de la Resolución 408 de 2018.
- **Estándares e indicadores de evaluación:** Para la evaluación del plan de gestión de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los gerentes o directores

## 7. MARGO LEGAL

- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 72: Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. Artículo 73: procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Resolución 710 de 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 743 de 2013. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 408 de 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

## 8. METODOLOGÍA

De conformidad con la Resolución 710 de 2012, la formulación del Plan de Gestión contempla el desarrollo de 5 fases.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 8 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01</p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>



- **Fase 1:** Preparación. En esta fase se identifican las fuentes de información para establecer la línea base de los indicadores. Para el desarrollo de esta etapa se contó con las fichas técnicas de los indicadores de dirección, financieros, administrativos y asistenciales del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, cuya medición se viene realizando desde la vigencia 2017.
- **Fase 2:** Formulación. En esta fase se consolida la información de la línea base de cada uno de los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018. En esta etapa se revisaron los indicadores por área y se elaboró la matriz de diagnóstico por indicadores, la matriz de compromisos, actividades y metas.
- **Fase 3:** Aprobación. En esta fase se realiza la presentación de la propuesta del plan de gestión gerencial de la ESE HUS para la vigencia 2020-2023, para aprobación por parte de la Junta Directiva.
- **Fase 4:** Fase de Ejecución. Una vez aprobado el plan de gestión gerencial su desarrollo contempla tres momentos. El primero inicia con la notificación a las unidades funcionales y/o subgerencias donde se elaboran los planes de acción enfocados al cumplimiento de los indicadores del plan de gestión; en segunda instancia se realiza seguimiento a la ejecución de actividades de manera sistemática debidamente soportada. Finalmente se presenta el informe anual de cumplimiento del plan de gestión a la Junta Directiva.
- **Fase 5.** Evaluación. Con base en las metas establecidas en el plan de gestión de la ESE HUS, se realiza la evaluación anual de los resultados y de la gestión del Gerente para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 de conformidad con los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018.

## 9. ROLES EN EL PLAN DE GESTIÓN

De conformidad con la Resolución 710 de 2012, los roles del Plan de Gestión de la Junta Directiva, Gerente, líderes de proceso y revisoría fiscal son los siguientes:

### 9.1. 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



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 9 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

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.

## 9.2. GERENCIA

- Preparar el Plan de Gestión de la ESE HUS 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 de Gestión de la ESE HUS 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 resultados sobre la ejecución del Plan de Gestión de la ESE HUS aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar y sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de resultados del Plan de Gestión de la ESE HUS dentro de los términos establecidos en la ley.

## 9.3. LÍDERES DE PROCESO

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

## 9.4. REVISOR FISCAL

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

## 10. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La plataforma estratégica de la ESE HUS está compuesta por la Misión, Visión, Principios, Valores, Objetivos Estratégicos y Políticas las cuales orientan la gestión institucional para el cumplimiento de su objeto social. Es así que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 40 del 13 de diciembre de 2017 la ESE Hospital Universitario de Santander aprobó el Plan de Desarrollo 2018 - 2020 el cual contiene los Objetivos Estratégicos institucionales que rigen en la institución para el cumplimiento de su misión y visión. Teniendo en cuenta lo anterior, mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 13 del 9 de mayo de 2018 y Resolución No. 239 del 9 de mayo de 2018 se actualizó la plataforma estratégica de la institución (Misión, Visión, Principios, Valores) para articularla con los objetivos propuestos en el Plan de Desarrollo institucional. Finalmente, mediante la Resolución No. 358 del 3 de agosto de 2018, actualizada por la Resolución No. 476 del 20 de Agosto de 2019

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 10 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

se actualizaron algunas y se crearon nuevas políticas institucionales para un total de 53 Políticas vigentes en la actualidad.

### 10.1. MISIÓN

Somos la ESE Hospital Universitario de Santander, institución que presta Servicios de Salud Integrales de mediana y alta complejidad en las modalidades ambulatoria e internación, brindando atención humanizada, segura y eficiente con tecnología adecuada, basada en criterios éticos, científicos y con talento humano calificado; fortaleciendo la formación académica orientada a la investigación e innovación, enmarcados en valores de honestidad, responsabilidad y respeto, para satisfacer las necesidades del usuario, la familia y su entorno.

### 10.2. VISIÓN

Para el año 2022 la ESE Hospital Universitario de Santander será la institución pública líder en la prestación de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad reconocida por su calidad, excelencia, competitividad, sostenibilidad financiera y formación del talento humano en salud, actuando con responsabilidad social, generando conocimiento e innovación, comprometidos con el medio ambiente y el mejoramiento continuo del estado de la salud de la población.

### 10.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Mejorar la percepción y la confianza de los grupos en la gestión institucional.
2. Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud.
3. Aportar a la solución de problemas de salud de mediana y alta complejidad mediante la generación de conocimiento y la innovación.
4. Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud.
5. Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud.
6. Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras.
7. Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE.

### 10.4. PRINCIPIOS

**TRANSPARENCIA:** Las actuaciones de los funcionarios y colaboradores de la ESE HUS están orientadas por la ética y el acatamiento a la Ley, permitiendo el acceso a la información de manera libre y sin obstáculos para sus grupos de interés y la comunidad en general.

**COMPROMISO SOCIAL:** La ESE HUS reconoce los intereses y derechos y deberes de sus usuarios, familia, colaboradores y entorno, a través de su compromiso con la preservación del medio ambiente, el respeto por las personas, los valores éticos y la prestación de los servicios de una manera segura, humanizada e incluyente.

**EXCELENCIA:** La ESE HUS está comprometida con brindar un servicio con altos estándares de calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad, generando a la vez satisfacción y confianza en los grupos de interés.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 11 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01</p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

**TRABAJO EN EQUIPO:** La ESE HUS fomenta la interacción entre colaboradores, usuarios y comunidad en general, en pro del mejoramiento en la prestación de los servicios y el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

## 10.5. VALORES

**HONESTIDAD:** Los funcionarios de la empresa actúan siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general. Cuando se tienen dudas respecto a la aplicación de los deberes buscamos orientación en las instancias pertinentes al interior de la entidad. También la institución promueve y apoya los espacios de participación para que los ciudadanos hagan parte de la toma de decisiones que los afecten.

**RESPETO:** La ESE HUS respeta la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos por encima de cualquier consideración social, política o económica; reconociendo las diferencias individuales, la pluralidad y la diversidad; comprendiendo y aceptando los pensamientos y actitudes de los demás, y fomentando la sana convivencia y la tolerancia dentro y por fuera de la institución.

**COMPROMISO:** La ESE HUS reconoce la disposición de funcionarios y colaboradores para comprender y resolver las necesidades de sus usuarios y sus familias, buscando siempre mejorar su bienestar.

**RESPONSABILIDAD:** Los colaboradores y funcionarios de la ESE HUS cumplen con las obligaciones adquiridas, atendiendo adecuada y oportunamente los deberes y derechos como individuos y miembros de la institución.

**SOLIDARIDAD:** La ESE HUS fomenta la ayuda mutua entre las personas que laboran en la institución, brindando una eficiente y eficaz prestación de servicios, reconociendo las necesidades de los demás, orientados hacia el logro de los objetivos y metas de la institución.

## 10.6. POLITICAS INSTITUCIONALES

El Hospital Universitario de Santander desarrolla cada una de las Políticas Institucionales las cuales identifican el compromiso de la Gerencia con la prestación de servicios de salud, con óptima calidad. Los líderes de cada una de las políticas serán los responsables de motivar al equipo de colaboradores en su implementación, para dar cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

## 11. GRUPOS DE INTERÉS

Los grupos de interés son las personas o grupos que tienen impacto en o se ven afectados por las actividades y servicios que presta el ESE-HUS, donde se establecen una relación de mutuo beneficio en cumplimiento de su objetivo social. Durante la vigencia 2019 y como parte del cumplimiento de los estándares de Acreditación, se actualizó la conformación de los grupos de interés de la ESE HUS, quedando los siguientes.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 12 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

<b>GRUPO DE INTERÉS</b>	<b>OBJETIVOS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS</b>	<b>NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS</b>	<b>MECANISMOS DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES O DE RELACIONAMIENTO CON LOS GRUPOS DE INTERÉS</b>
Junta Directiva	Mantener los objetivos e intereses de la organización en torno a la plataforma estratégica institucional, identificando las necesidades esenciales y las expectativas de los grupos de interés, mediante la asignación de recursos, adopción de normas de eficiencia y calidad y controlando su aplicación en la gestión institucional.	Funcionamiento adecuado de la ESE de acuerdo a sus competencias dentro del SGSSS, control de recursos y gestión administrativa y asistencial eficiente.	Evaluación de plan de gestión del gerente Realización de las sesiones periódicas de Junta Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional (POA) Seguimiento a la situación administrativa, financiera y asistencial
Entes Territoriales - Entes de Control	Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas de acuerdo a la normatividad vigente, que garanticen el logro de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Protección del derecho a la salud, atención integral a la población. Reporte información de acuerdo a la normatividad vigente Habilitación de servicios Cumplimiento de normatividad del SGSSS	Datos de la Población Atendida Registro y seguimiento de los proyectos de inversión Habilitación de los servicios Cumplimiento de normatividad vigente a través del reporte oportuno de información
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB	Velar por una atención en salud eficiente y de calidad a sus afiliados. Realizar los pagos de los servicios prestados por la ESE de acuerdo a los acuerdos de voluntades suscritos, garantizando un flujo de recursos hacia la ESE de manera oportuna.	Atención en salud de calidad, humanizada y segura Tarifas competitivas Prestación de los servicios de alta y mediana complejidad	Manual Tarifario HUS Contratación de Servicios Portafolio de servicios Depuración de deudas y gestión de cobro de cartera
Usuarios y Familias	Velar por la calidad del servicio y defensa del usuario en pro del cumplimiento de Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la ESE.	Atención humanizada, segura y de calidad acorde a las necesidades de salud Capacidad resolutive Satisfacción en la atención	Modelo de Atención Programa de Seguridad del Paciente Programa de Humanización de la Atención Servicios SIAU Encuestas de satisfacción
Cliente interno (Talento Humano HUS)	Contribuir, a través del conocimiento, competencias y experiencia del colaborador al funcionamiento, mejoramiento y eficacia de cada uno de los procesos de la ESE.	Bienestar Laboral Pagos oportunos de nómina Desarrollo de competencias laborales. Seguridad y Salud en el trabajo	Procesos adecuados de Talento Humano Programa de Bienestar Institucional Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo Plan Institucional del Capacitación y formación

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 13 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

GRUPO DE INTERÉS	OBJETIVOS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	MECANISMOS DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES O DE
Instituciones de Educación Superior - IES	Prestar el servicio de educación superior a estudiantes de pregrado y posgrado de diferentes áreas de la salud y administrativas.	Campos de practica adecuados Desarrollo de proyectos de investigación Formación y desarrollo de competencias del talento humano Fortalecimiento de los convenios docencia servicio	Planeación del Talento Humano Convenios Docencia-Servicio establecidos Capacidad Instalada HUS para prácticas formativas Convenios docencia servicio
Entidades sin ánimo de lucro	Fomentar la cooperación para el desarrollo de iniciativas que contribuyan a dignificar las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables atendidas en la ESE.	Realizar alianzas que contribuyan a desarrollo de iniciativas que dignifiquen la calidad de vida de las poblaciones vulnerables atendidas en la ESE	Beneficiarios atendidos Actividades de donación Actividades de esparcimiento, apoyo psicosocial, escolaridad
Proveedores de Bienes y Servicios	Proporcionar bienes y servicios para la prestación eficiente de los servicios de salud de la ESE.	Participar en principios de igualdad y de transparencia en los procesos contractuales de la ESE. Obtener pagos oportunos por los bienes y servicios suministrados	Procesos contractuales ajustados a los tiempos establecidos en el manual de contratación de la ESE.
Medios de comunicación	Emitir información de la ESE de actualidad y de interés para la comunidad	Espacios y material informativo de interés para la comunidad	Boletines Actividades de Participación Canales de Comunicación

## 12. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

### 12.1. PREPARACIÓN. FICHAS TÉCNICAS

Las fichas técnicas de cada indicador definidas en la Resolución 408 de 2018 permiten identificar la fuente de información para establecer la línea base y formular el plan de gestión. (Ver Anexo 1).

### 12.2. FORMULACIÓN. ANÁLISIS SITUACIONAL

La institución pública en salud más importante del Nororiente colombiano nació bajo el Decreto Presidencial No. 793 del 13 de abril de 1951 firmado por el Ex-presidente Laureano Gómez para dar cubrimiento en salud a todo el Nororiente Colombiano, el cual fue inaugurado en julio de 1973 por el Presidente Misael Pastrana Borrero, cuyo nombre se dio en memoria del Ex-presidente Ramón González Valencia. Para 2004 y en vista de conflictos laborales y falta de recursos, el Gobierno Departamental decidió liquidar el entonces Hospital Universitario Ramón González Valencia.

La ESE Hospital Universitario de Santander fue creada mediante Resolución 0025 del 4 de febrero de 2005, proferida por el Gobernador de Santander como una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud, de carácter público del orden departamental, descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios y por el Derecho Privado en lo que se refiere a la

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 14 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

contratación.

En razón de su autonomía la ESE Hospital Universitario de Santander, se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida, contenidos en el artículo 6 del Decreto Departamental antes citado; además estará adscrita a la Secretaria de Salud del Departamento de Santander, de conformidad al artículo 20 del Decreto 1876 de 1994.

De igual manera, 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 la ESE HUS significa para el gobierno departamental y para quienes laboran allí la oportunidad para fortalecer la Red Pública Hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios.

### 12.2.1. Diagnóstico inicial

#### - Área de Dirección y Gerencia

##### *Mejoramiento Continuo de la Calidad*

En cuanto a la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (PAMEC), la ESE HUS para la vigencia 2018 programó 270 acciones de mejoramiento, de las cuales se cumplió el 100% en su ejecución. Para la vigencia 2019 se programaron 421 acciones de mejoramiento, de las cuales se cumplió el 100% en su ejecución.

Acerca de la implementación del Sistema Único de Acreditación - SUA, ésta ha representado un gran desafío para la Gerencia de la ESE HUS, lo que definirá el futuro de la institución frente a la atención de la población residente en su área de influencia; buscando mejorar la calidad en la prestación de los servicios con una atención segura, humanizada y centrada en el usuario, bajo una transformación cultural que permita un cambio institucional de manera integral. A partir del 2013, el hospital trazó un camino para el fortalecimiento del ciclo de preparación para la acreditación, con miras a lograrla según lo establecido en la ley 1438 de 2011.

De esta manera 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; en donde 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 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

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 15 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

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. Revisando los Planes de Mejora se determinó que no era lo más aconsejable cerrar el ciclo y realizar una nueva autoevaluación, sino que se replantearan las acciones de mejoramiento, 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.

**Cuarto ciclo:** Se da inicio al cuarto ciclo con la Autoevaluación realizada en el mes de noviembre de 2017 con un resultado de 1,6, resultado de un ajuste producto de la revisión de los soportes documentales y estado real del proceso de implementación de los diferentes estándares del proceso de acreditación en la ESE HUS; en donde se definieron nuevas oportunidades de mejora orientadas al enfoque para lograr la documentación de los estándares hasta el final del cierre del ciclo en Noviembre de 2018.

**Quinto Ciclo:** Se da inicio al quinto ciclo con la Autoevaluación realizada en el mes de noviembre de 2018 con un resultado de 2,41; en donde se definieron nuevas oportunidades de mejora orientadas a consolidar el enfoque e iniciar en la implementación para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el final del cierre del ciclo en noviembre de 2019.

**Sexto Ciclo:** Se da inicio al sexto ciclo con la Autoevaluación realizada en el mes de diciembre de 2019 con un resultado de 3,08; en donde se definieron nuevas oportunidades de mejora orientadas a consolidar la implementación y la medición y evaluación de resultados y tendencia para los diferentes Grupos de Estándares y lograr su ejecución hasta el final del cierre del ciclo en noviembre de 2020.

#### *Direccionamiento estratégico – Plan de Desarrollo*

La ESE HUS cuenta con sus procedimientos de planeación y sus respectivos formatos, ente los cuales se encuentran: Procedimiento para el Direccionamiento estratégico (GDI-PLA-PR-02); el de elaboración, divulgación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de desarrollo (GDI-PLA-PR-03); elaboración, divulgación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan operativo anual y los planes de acción (GDI-PLA-PR-05); elaboración del plan operativo anual de inversiones (GDI-PLA-PR-04); de identificación de las necesidades de los grupos de interés (GDI-PLA-PF-01), entre otros, herramientas de planeación que permiten un alto grado de desarrollo en la gestión y la adecuada ejecución y seguimiento de los planes de acción institucionales para el cumplimiento de los objetivos del hospital.

Es así que frente al Plan de Desarrollo de la ESE HUS 2018-2020, operativizado a través de los Planes Operativos Anuales – POA, se obtuvo un cumplimiento del 96% para la vigencia 2018, correspondiente a 44 metas cumplidas frente a 46 metas programadas y del 100% para la vigencia 2019, correspondiente a 43 metas cumplidas frente a 43 metas programadas. De igual manera, los planes de acción de las diferentes áreas están articulados con los objetivos institucionales que refuerzan el cumplimiento del plan de desarrollo y son sujetos de seguimiento y evaluación por parte de la Gerencia, Control Interno y el respectivo reporte anual a la Contraloría General de la República.

#### **- Área Financiera y Administrativa**

##### *Riesgo Fiscal y Financiero*

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 16 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

Para la vigencia 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 en la cual se da como resultado en el índice de riesgo: SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO para la ESE HUS. Para la vigencia 2019, el Ministerio emitió la Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019 en donde el resultado del índice de riesgo: SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO para la ESE HUS.

De esta manera, la ESE HUS realiza el efectivo control del uso de los recursos para una óptima operación institucional, cuyos reportes se realizan oportunamente de acuerdo a la normatividad vigente, relacionados con los indicadores financieros y asistenciales del Decreto 2193 de 2004, reportados en el SIHO y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es así que para la vigencia 2018, la evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida, esto es, gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos dividido en el número de UVR producidas, cuyo resultado fue de 1,17. Para la vigencia 2019, el resultado del gasto por UVR fue de 1,03.

En cuanto a la proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido por la ESE HUS mediante los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o compras a través de mecanismos electrónicos, para las vigencias 2018 y 2019 dieron como resultado cero.

Sobre el 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 y la variación de este monto frente a la vigencia anterior, mostraron una reducción entre las vigencias 2017 – 2018 de \$6.813.948.137 y entre las vigencias 2018 – 2019 de \$2.606.880.631.

Acerca de la utilización de la información del Registro Individual de Prestaciones – RIPS, trimestralmente se presenta ante la Junta Directiva el análisis de la prestación de servicios de salud; en donde para la vigencia 2018 se presentaron 5 informes y para la vigencia 2019 se presentaron 5 informes de RIPS.

En cuanto al resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, correspondiente al valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluyendo el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) sobre el valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia (incluyendo el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores); los resultados para 2018 fueron de 0,73 y para la vigencia 2019 fue de 0,83 resultado de una mejora sustancial tanto en la facturación radicada como en la gestión de cobro de cartera.

En cuanto a la verificación de la calidad, confiabilidad y validez de la información generada de los procesos contables, presupuestales, de costos, de tesorería, facturación y cartera, la revisoría fiscal ha permitido establecer claramente las condiciones financieras de la ESE HUS, sus posibilidades a futuro y las limitantes existentes.

#### - **Área de Gestión Clínica o Asistencial**

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 425 camas habilitadas según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, distribuidas entre hospitalización,



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 17 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

observación, urgencias, quirófanos y partos, así como consultorios de consulta externa utilizadas por los usuarios adultos y pediátricos que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico quirúrgicas.

La unidad de cuidados intensivos para adultos (UCIA) cuenta con 13 camas y la neonatal y pediátrica (UCIP) con 6 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 8 quirófanos, 2 salas de partos y el 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 y rehabilitación.

Así mismo cuenta con el Hemocentro de Santander, único de carácter público del departamento para la recolección de unidades de sangre para suplir las necesidades de la comunidad santandereana. Finalmente, la recién remodelada Unidad de Oncología y Radioterapia adulto y pediátrica, la cual cuenta con tecnología de punta 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.

En cuanto a los indicadores definidos en la Resolución 408 de 2018 el estado actual es el siguiente:

- Evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 0,99 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 0,97. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de  $\geq 0,8$ .
- Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 0,89 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 0,93. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de  $\geq 0,8$ .
- Oportunidad en la realización de apendicectomía. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 0,92 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 0,92. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de  $\geq 0,9$ .
- Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de cero (0) y para la vigencia 2019 el resultado fue de cero (0). El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de cero (0) o variación negativa.
- Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM). Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 0,98 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 0,99. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de  $\geq 0,9$ .
- Análisis de mortalidad intrahospitalaria (número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 1 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 0,99. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de  $\geq 0,9$ .
- Tiempo promedio para la asignación de cita de pediatría. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 3,2 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 2,7. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 18 de 63</p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<=5.

- Tiempo promedio para la asignación de cita de obstetricia. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 5,1 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 2,9. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de <=8.
- Tiempo promedio para la asignación de cita de medicina interna. Para la vigencia 2018 se obtuvo un resultado de 9,3 y para la vigencia 2019 el resultado fue de 8,5. El estándar exigido en la Resolución 408 de 2018 es de <=15.

#### - Otras Áreas de Gestión

##### *Convenios Docencia – Servicio con IES*

Teniendo en cuenta la capacidad instalada actual de la institución y en atención lo contemplado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y a los lineamientos definidos por los Ministerios de Educación y Salud y Protección Social en el año 2018, en lo referente a la asignación de cupos para estudiantes de práctica clínica, para la formación de estudiantes en práctica de pregrado y posgrado, existen en la actualidad convenios vigentes con ocho (08) Instituciones de Educación Superior, en programas de salud, atendiendo un número importante de estudiantes de manera semestral (por encima de los 1400 estudiantes), que realizan rotación en los diferentes servicios habilitados; siendo uno de sus más fuertes aliados la Universidad Industrial de Santander (UIS) con programas que van más allá de los de salud, incluidos Trabajo Social y algunas ingenierías.

Este compromiso misional y estratégico de la ESE HUS con la academia, va más allá de la generación de campos de práctica, para orientarse hacia la gestión de conocimiento en la orientación de la ESE HUS hacia la consolidación como Hospital Universitario, apoyado en la investigación y la generación de conocimiento, fundamentado en sus propios programas de capacitación y entrenamiento, dirigidos inicialmente a los colaboradores, para luego ampliar su horizonte a los demás actores del sector salud, especialmente a los ubicados en el Nororiente colombiano, posicionándola como una de las instituciones más representativas de la región 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, que atienden las necesidades identificadas como prioritarias y que son abordadas y resueltas de manera mancomunada, resaltando así el valor de la alianza y su afianzamiento como Hospital Universitario.

##### *Sistemas de información*

La ESE HUS cuenta con un sistema de información central denominado Dinámica Gerencial Hospitalaria – DGH, el cual contiene los módulos de historia clínica y gestión financiera, permitiendo que desde las diferentes

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 19 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

áreas se realice la generación, consolidación, análisis y uso sistemático de información para el reporte oportuno de indicadores misionales y normativos a entidades de vigilancia y control. Este sistema de información se encuentra interfazado con el software del laboratorio clínico (Enterprise) y con el software del área de imágenes diagnósticas (Hiruko), garantizando el almacenamiento de la información, oportunidad en la entrega de resultados, minimizar el error humano y consolidando la información dentro de la historia clínica. En este se han generado avances contundentes en cuanto a la sistematización, estandarización y uso y apropiación de la herramienta que soporta los distintos procesos de la institución.

De igual manera, se cuenta con el software de mejoramiento continuo Almera el cual ha permitido tener una memoria histórica de información de los procesos, planes de mejora, gestión del riesgo, seguimiento de indicadores, gestión documental, lo cual ha permitido un gran avance en la documentación, gestión, flujo y archivo de información institucional.

Se observa la necesidad de avanzar en la implementación del sistema de gestión documental y realizar las actividades propias para fortalecer la seguridad de la información, relacionado con la protección de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información utilizada en los diferentes procesos de la organización y demás lineamientos del MINTIC al respecto, lo cual requiere de la elaboración de proyectos para gestionar recursos y cumplir así la normatividad vigente.

Se busca además pasar de la gestión del dato a la gestión de la información con métodos de integración y analítica que permitan mejor toma de decisiones, incrementar y mejorar la efectividad en el reporte de información a los demás actores del sistema y partes interesadas, así como la generación de información dirigida a los usuarios y sus familias, orientada al mejoramiento del estado y situación de salud de la población del área de influencia de la ESE HUS.

#### *Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG*

Se ha logrado mejorar el nivel de desarrollo y efectividad de las 16 políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG aplicables a la ESE HUS, desarrollando actividades para la implementación y mejora por parte de las diferentes áreas de acuerdo a sus competencias y siguiendo las directrices y metodologías establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. El avance se evidencia en la calificación anual del FURAG.

La integración de las políticas de MIPG a otros sistemas como el de mejoramiento continuo, gestión del riesgo, sistema único de acreditación, conllevan además a mayor transparencia en todos los procesos de la ESE HUS de cara al usuario y el ciudadano.

#### *Contratación de Servicios*

Se cuenta con contratos con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB en los cuales se definen las condiciones de cumplimiento con cada una de ellas, de acuerdo al Modelo de Prestación Institucional, teniendo en cuenta la normatividad vigente, el portafolio de servicios, indicadores de producción y oportunidad en la atención, la utilización de la capacidad instalada y el análisis de la frecuencia de uso e intensidad de uso de servicios a partir del análisis de Registro Individual de Prestaciones (RIPS), cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia establecidas por cada pagador.

La contratación estará orientada más allá del mero formalismo contractual a garantizar la sostenibilidad y

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 20 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

proteger los intereses de la ESE HUS, a pesar de las dificultades que enfrenta hoy en el sector salud, derivadas de la crisis financiera de este y la competencia existente en la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en la región. El fortalecimiento de la prestación de servicios de alta complejidad, permitirá satisfacer necesidades de salud de la población usuaria de servicios de las diferentes EAPB que operan en el Departamento y área de influencia de la ESE; y en consecuencia, dará a la ESE HUS vigencia y participación activa en el mercado de la salud en el nororiente colombiano.

La integración de los procesos y mecanismos de gestión integral de la atención, especialmente dirigidos a la auditoría “al pie de la cama del paciente”, no solamente mejoran la oportunidad, integralidad y accesibilidad a los servicios de salud, sino que es un compromiso institucional con la eficiencia de los recursos de salud, evitando uso indiscriminado de tecnologías, disminuyendo los riesgos de la atención en salud y al mismo tiempo incrementando la satisfacción del usuario y de las EAPB.

#### *Servicios de apoyo a la operación*

Se han fortalecido los procesos de talento humano, la medición de cultura y clima organizacional, satisfacción del cliente interno, Plan Institucional de Capacitación y Formación - PIC, plan de bienestar, así como la implementación del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo. De igual manera, se han fortalecido los procesos de gerencia de ambiente físico, relacionados con condiciones de hospital seguro, gestión ambiental y gestión para las emergencias y desastres, se ajustaron los procedimientos de compras y se mejoró la logística en áreas como mantenimiento de equipos, vigilancia, aseo, alimentación y lavandería.

La visión integral de la prestación de servicios de salud en la cual participan todas las áreas y procesos de la ESE HUS ha conllevado al mejoramiento de la calidad y la generación de la cultura del trabajo en equipo, donde todos se sienten incluidos en la toma de decisiones a través de modelos de toma de decisiones en todos los niveles de la ESE. Esta condición favorece los cambios en la transformación cultural que se vive al interior de la institución.

#### *Obras de Infraestructura*

Durante los años 2018 y 2019 se realizaron avances de tipo jurídico y técnico para generar las condiciones que pudieron establecer un horizonte real a los proyectos de construcción de obras de infraestructura iniciados en el año 2013 y en el año 2015 como: Central de Urgencias, Reforzamiento de las placas de urgencias pisos 1 y 2, Subestación Eléctrica y Unidad Neonatal - UCI Pediátrica. De igual manera se realizaron obras y remodelación de servicios de la ESE HUS como la Unidad de Oncología, vacunación y gastroenterología en el piso 11 y adecuaciones de varias áreas, entre ellas: Adecuación hall principal de ascensores, construcción sendero peatonal entre farmacia, torre hospitalaria y consulta externa, mantenimiento del muro perimetral, construcción de garitas de vigilancia, adecuación y ampliación del parqueadero principal, adecuación portones de acceso carrera 33 y calle 32, cambio de letreros en fachada principal y fachada de carrera 32 y adecuación de mural institucional en carrera 33 y sobre fachada oriental interna, entre otras.

### **12.2.2. 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).

	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 21 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

### 12.2.3. 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 cuatrienio. (Ver Anexo 3).

### 12.2.4. Matriz de Metas

Metas anuales del Plan de Gestión del Gerente. (Ver anexo 4)

### 12.2.5. Matriz de Calificación

Según el artículo 3 de la resolución 408/18 "...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. (Ver Anexo 5)

## 12.3. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN

- Paso 1. El gerente de la ESE HUS presentará 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 Proyecto de Plan de Gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.
- Paso 4. El gerente podrá presentar observaciones al Proyecto de 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.

## 12.4. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN ANUAL

- Paso 1. El Gerente de la ESE HUS 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 408 de 2018 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 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,

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 22 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2


debidamente motivado, el cual se notificará al 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 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 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.




### 13. ANEXOS

#### 13.1. ANEXO 1. FICHA TÉCNICA


##### INDICADOR 1.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-CA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	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.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada.	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 23 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

<b>VARIABLE 2</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Ninguno	
<b>META</b>	De acuerdo al estándar definido por la Resolución 408 de 2018	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Resultado de la autoevaluación de la vigencia evaluada.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Oficina Asesora de Calidad	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Resultado de la autoevaluación de la vigencia anterior.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Oficina Asesora de Calidad	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Anual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Anual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Oficina Asesora de Calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia, Junta Directiva	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente	


INDICADOR 2.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	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	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 24 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2

<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas.	
<b>VARIABLE 2</b>	Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número absoluto	
<b>META</b>	>=0,90	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Superintendencia Nacional de Salud	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Oficina Asesora de Calidad	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Superintendencia Nacional de Salud	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Oficina Asesora de Calidad	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Trimestral	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Jefe Oficina Asesora de Calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia, Junta Directiva	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente, Jefe Oficina Asesora de Calidad	

INDICADOR 3.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Grado (Porcentaje) de cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI)	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>	<b>INDIQUE CÚAL</b>	
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 25 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	
<b>VARIABLE 2</b>	Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número absoluto	
<b>META</b>	>=0,90	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: El listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluación; indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas y el calculo del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: El listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluación; indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas y el calculo del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Trimestral	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia, Junta Directiva	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	




INDICADOR 4.

--

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 26 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p>Versión: 2</p>

FICHA TECNICA DE INDICADORES  
GMC-GCA-FO-82 Versión 5  
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO



<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Riesgo fiscal y financiero</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de la ESE HUS, frente a los ingresos operacionales corrientes	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Categorización generada por el Ministerio de Salud	
<b>VARIABLE 2</b>	Categorización generada por el Ministerio de Salud	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Categorización generada por el Ministerio de Salud	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Categórico	
<b>META</b>	Sin riesgo financiero	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Anual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Anual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Gerencia	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Junta Directiva	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Anual	

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 27 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p>Versión: 2</p>

<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente
---	---------


INDICADOR 5.

<p>FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-GCA-FO-82 Versión 5 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</p>		 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Cálculo del valor del gasto por una Unidad de Valor Relativo producida de la ESE HUS en la vigencia	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	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.	
<b>VARIABLE 2</b>	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.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas	
<b>META</b>	≤0,90	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ficha técnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Financieros	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ficha técnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 28 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Financieros
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>	
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Financieros
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente


INDICADOR 6.

<p><b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b></p>		 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Establecer las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de ESE, o compras electrónicas.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	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.	
<b>VARIABLE 2</b>	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 29 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2

<b>META</b>	<=0,70	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal o por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 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) u otros mecanismos; Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente Administrativo y Financiero	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal o por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 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) u otros mecanismos; Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente Administrativo y Financiero	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente Administrativo y Financiero	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente	

INDICADOR 7.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div> 	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.</b>
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Cumplimiento de pago oportuno al personal de planta y contratación de servicios de la ESE HUS, Este indicador exige que se mida en base a dos resultados; un valor nominal que corresponde al monto de la deuda si ésta supera los 30 días de atraso y por otra parte la variación del monto


 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 30 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

	de la deuda de la vigencia evaluada frente a la vigencia anterior.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios al personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios al personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a de diciembre de la vigencia anterior.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	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 No. 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) - (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios al personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Valor en pesos (\$)	
<b>META</b>	Cero o variación negativa (-)	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal o por el contador que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicadores y el cálculo del indicador	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente Administrativo y Financiero	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal o por el contador que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicadores y el cálculo del indicador	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente Administrativo y Financiero	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 31 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Revisor Fiscal o contador
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente

VARIABLE 8.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Análisis de la Información generada por los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	
<b>VARIABLE 2</b>	N/A	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número	
<b>META</b>	Cuatro (4)	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 32 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>




	REGULAR	
	DEFICIENTE	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presento el informe.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	N/A	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	N/A	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Bimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente Administrativo y Financiero - UFRF Facturación	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Junta Directiva	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Bimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente	

INDICADOR 9.


<p>FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-GCA-FO-82 Versión 5 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</p>		 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Capacidad de financiación de los compromisos adquiridos por la institución con los recaudos obtenidos en la misma vigencia	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	X	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	X	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	X	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	X	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 33 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

<b>VARIABLE 1</b>	Valor de la ejecución de ingreso totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de Cuentas por Cobrar de vigencias anteriores)	
<b>VARIABLE 2</b>	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de Cuentas por Pagar de vigencias anteriores)	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Número absoluto	
<b>META</b>	>=1	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente Administrativo y Financiero - UFRF Presupuesto	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente Administrativo y Financiero - UFRF Presupuesto	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Trimestral	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente Administrativo y Financiero - UFRF Presupuesto	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Gerencia	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente	


INDICADOR 10.

<p>FICHA TECNICA DE INDICADORES GMC-GCA-FO-82 Versión 5 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</p>		 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>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.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Reporte oportuno de la información solicitada en la Circular Única	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.




 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 34 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2

<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
<b>VARIABLE 2</b>		N/A
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		Fecha establecida por la normatividad vigente
<b>META</b>		Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Subgerencia Administrativa y Financiera
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Superintendencia Nacional de Salud
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		N/A
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		N/A
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>		Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>		Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>		Profesional Especializado UF Recursos Financieros
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>		Gerencia
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>		Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>		Gerente

INDICADOR 11.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
--	---


 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 35 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>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 libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.</b>
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>		Presentación de la situación de la institución en aspectos financieros, asistenciales y administrativos que son oficiales para la toma de decisiones.
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.
<b>VARIABLE 2</b>		N/A
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		Fecha establecida por la normatividad vigente
<b>META</b>		Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Profesional Especializado UF Recursos Financieros
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		N/A
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		N/A
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>		Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>		Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>		Profesional Especializado UF Recursos Financieros
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>		Gerencia
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>		Trimestral

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 36 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2

<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerente
---	---------


INDICADOR 12.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Busca medir la aplicación estricta de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de la gestación, para un diagnóstico oportuno de las causas de trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo para realizar adecuado tratamiento y disminuir morbimortalidad 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 órgano blando y grave mortalidad de materno-fetal. Permite la aplicación de la guía un seguimiento al riesgo.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con diagnóstico hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de la evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>META</b>	>=0,8	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	




 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 37 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p>Versión: 2</p>

<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe de 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.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerencia Mujer e Infancia, UFATI - Estadística
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe de 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.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerencia Mujer e Infancia, UFATI - Estadística
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>	
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Auditor de calidad
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Historias Clínicas
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Historias Clínicas


INDICADOR 13.

<p><b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> GMC-GCA-FO-82 Versión 5 GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</p>		 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Seguimiento a la adherencia de las guías de manejo de primeras causas de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 38 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	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 o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>META</b>	>=0,8	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe de 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.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Jefe Oficina Asesora de Calidad - Auditor de Calidad	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe de 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.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Jefe Oficina Asesora de Calidad - Auditor de Calidad	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Auditor de calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Historias Clínicas	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Historias Clínicas	

INDICADOR 14.

<p><b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b></p>	 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>
---	---


 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 39 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Oportunidad en la realización de apendicectomía.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Busca medir la oportunidad para la realización de la apendicetomía en la ESE HUS una vez confirmado el diagnóstico por el médico 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.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se le realizó la apendicetomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Horas	
<b>META</b>	≥0,9	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe de subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se le realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnostico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica con aplicación de la fórmula del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe de subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se le	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 40 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

	realizo apendicetomía 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.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente de Servicios Quirúrgicos
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>	
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Quirúrgicos, Auditor de calidad
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Seguridad del Paciente
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Seguridad del Paciente

INDICADOR 15.


<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Busca medir la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos incapacidad en tiempo, severidad y secuelas, así como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna, orientando decisiones de mejoramiento.	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas (NBA) de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas (NBA) de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	



 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 41 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Variación	
<b>META</b>	Cero (0) o variación negativa	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Subgerente Servicios Mujer e Infancia	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Subgerente Servicios Mujer e Infancia	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Mujer e Infancia, Auditor de calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Seguridad del Paciente	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Seguridad del Paciente	

INDICADOR 16.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div> 	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio – IAM.</b>
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	Busca medir la Oportunidad del inicio de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico 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 ateroma vulnerable. El suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce Angina de pecho, que si se recanaliza 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

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</p>	<p>Página: 42 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

		oportuna atención.
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de pacientes con diagnóstico de IAM al egreso a quienes se inició 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.	
<b>VARIABLE 2</b>	Total de pacientes con diagnóstico de IAM al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Horas	
<b>META</b>	≥0,9	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Historias Clínicas	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Historias Clínicas	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 43 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2


INDICADOR 17.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b> <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b> <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Análisis de mortalidad intrahospitalaria.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	<p>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.</p>	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Tasa por mil	
<b>META</b>	>=0,9	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	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.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad	

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 44 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	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.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>	
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Médicos, Auditor de calidad
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Seguridad del Paciente y Comité de Mortalidad
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Seguridad del Paciente y Comité de Mortalidad

INDICADOR 18.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div> 	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.</b>
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	<p>La atención por médico especialista es la más 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 rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico 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 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 además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos pediátricos. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementar 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>
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>	<b>INDIQUE CÚAL</b>

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 45 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.
<b>VARIABLE 2</b>		Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		Variable 1 / Variable 2
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		Días
<b>META</b>		<=5
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>		Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>		Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>		Mensual
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>		Trimestral
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>		Subgerente de Servicios Ambulatorios, Auditor de calidad
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>		Comité de Calidad
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>		Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>		Gerencia, Comité de Calidad

INDICADOR 19

--




 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 46 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión:</b> 2

**FICHA TECNICA DE INDICADORES**  
**GMC-GCA-FO-82 Versión 5**  
**GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO**




<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.</b>	
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	<p>La atención por médico especialista es la más 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 rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico 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 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 además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos pediátricos. La monitorización por parte de la institución de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementar 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>	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días	
<b>META</b>	<=8	




 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>	<b>Página:</b> 47 de 63
	<b>CÓDIGO:</b> GDR-GDR-PL-01	<b>Versión:</b> 2

<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Ambulatorios, Auditor de calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Calidad	
<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Calidad	

**INDICADOR 20.**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>FICHA TECNICA DE INDICADORES</b>  <b>GMC-GCA-FO-82 Versión 5</b>  <b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> </div> 	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.</b>
<b>DEFINICIÓN DEL INDICADOR</b>	<p>La atención por médico especialista es la más 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 rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico 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 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 además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos pediátricos. La monitorización por parte de la</p>

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 48 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

	<p>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>	
<b>INDICADOR ASOCIADO A</b>		<b>INDIQUE CÚAL</b>
<b>NORMA</b>	<b>X</b>	Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, Resolución 408 de 2018.
<b>POLÍTICA</b>	<b>X</b>	Planeación Institucional
<b>PLAN DE DESARROLLO (OBJETIVO ESTRATÉGICO)</b>	<b>X</b>	Todos los objetivos
<b>PROCESO</b>	<b>X</b>	Gestión Directiva
<b>EJE DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>ESTÁNDAR DE SISTEMA ÚNICO ACREDITACIÓN</b>		
<b>PAQUETE INSTRUCCIONAL</b>		
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		
<b>VARIABLE 1</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>VARIABLE 2</b>	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Variable 1 / Variable 2	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días	
<b>META</b>	<=15	
<b>INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>BUENO</b>	
	<b>REGULAR</b>	
	<b>DEFICIENTE</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>		
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 1</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
<b>FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>RESPONSABLE DE SUMINISTRAR FUENTE DE DATOS VARIABLE 2</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL INDICADOR</b>		
<b>PERIODICIDAD DE GENERAR INFORMACIÓN</b>	Mensual	
<b>PERIODICIDAD DE REPORTE</b>	Trimestral	
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR REPORTE</b>	Subgerente de Servicios Ambulatorios, Auditor de calidad	
<b>REPORTAR INDICADOR A</b>	Comité de Calidad	



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página:</b> 49 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 2</p>

<b>PERIODICIDAD DE ANÁLISIS</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE DE REALIZAR ANÁLISIS</b>	Gerencia, Comité de Calidad

### 13.2. ANEXO 2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO (A diciembre 31 de 2019)

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTÁNDAR
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,28	$\geq 1,2$	Teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución 408 de 2018, y que en la ESE HUS se realizó ciclo de autoevaluación durante la vigencia 2019, la línea base es 3,08 resultado obtenido en el quinto ciclo de autoevaluación, realizado en diciembre de 2019, con 421 oportunidades de mejora ejecutadas y un 100% de cumplimiento. Para el Sexto Ciclo de preparación para Acreditación, a ejecutarse durante 2020, se tienen definidas 551 oportunidades de mejora, distribuidas en los 8 grupos de estándares. Sin embargo, teniendo en cuenta los lineamientos gubernamentales, se ajustará la cantidad de oportunidades de mejora teniendo en cuenta las actividades realizadas en ocasión a la emergencia por COVID-19.
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1	$\geq 0,9$	Durante la vigencia 2019 se ejecutaron 421 acciones de mejoramiento de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC). Para el 2020 se tienen programadas 551 acciones de mejoramiento. Sin embargo, teniendo en cuenta los lineamientos gubernamentales, se ajustará la cantidad de oportunidades de mejora teniendo en cuenta las actividades realizadas en ocasión a la emergencia por COVID-19.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	1	$\geq 0,9$	La ESE HUS cuenta con el Plan de desarrollo Institucional correspondiente a la vigencia 2018 a 2020 con 43 metas del POA a cumplir en la vigencia 2020. Sin embargo, es necesaria la elaboración de un nuevo Plan de Desarrollo Institucional o la revisión y ajuste del actual, de conformidad con el Plan de Desarrollo Nacional y Departamental el cual se encuentra en etapa de formulación y que será sometido a consideración de la Junta Directiva, por cuanto hay plazo hasta el 30 de junio de presentar el plan ante este órgano directivo. Al igual que con el Programa para el

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 50 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTÁNDAR
					mejoramiento de la Calidad, el Plan de Desarrollo deberá ser ajustado teniendo en cuenta los lineamientos gubernamentales con ocasión a la emergencia por COVID-19.
	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo fiscal y financiero	Para el momento de la elaboración del plan de gestión 2020-2023 el Ministerio de Salud y Protección Social no ha emitido la resolución donde categoriza las Empresas Sociales del Estado en riesgo bajo, medio y alto. Sin embargo, la meta para los próximos 4 años en la ESE HUS es continuar sin riesgo financiero y fiscal.
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	1,03	<=0,90	La ficha técnica de página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, mostró la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) con un resultado para la vigencia 2019 de 1,03.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0	>=0,7	La proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido por la ESE HUS, para la vigencia 2019, mediante los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos, fue de cero (0), según certificación expedida por la Revisora Fiscal de la institución.
<b>Financiera y Administrativa (40%)</b>	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	- 2.606.880. 631	Cero (0) o variación negativa	El monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios para la vigencia objeto de evaluación, arroja una <b>variación negativa</b> , teniendo en cuenta que en la vigencia 2018 el valor de la deuda fue de \$4.814.443.189 y en la vigencia 2019 fue de \$2.207.562.558, para una disminución de \$2.606.880.631.
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	5	4	En el año 2019 se presentaron cinco (5) informes de análisis de prestación de servicios RIPS a la Junta Directiva, dando cumplimiento al estándar.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,83	>=1	El resultado de equilibrio presupuestal con recaudo, de acuerdo con la ficha técnica SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2019 evidencia un valor de <b>0,83</b>

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 51 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTÁNDAR
	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.	No cumple	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Según certificación de la Superintendencia Nacional de Salud, se evidencia reporte extemporáneo de la Circular Única en uno de los trimestres.
	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 libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.	Cumple	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Según certificación del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2019 de que trata el decreto 2193 de 2004, se muestra cumplimiento dentro de los términos legales.
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	0,97	$\geq 0,8$	Según informe presentado al comité de historias clínicas, durante 2019, se dio cumplimiento a la adopción de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante, mediante la auditoría a una muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,93	$\geq 0,8$	Según informe presentado al comité de historias clínicas, durante 2019, se dio cumplimiento a la adopción de la guía de manejo para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, mediante la auditoría a una muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	0,92	$\geq 0,9$	Durante 2019, se presentó informe de la Subgerencia de Servicios quirúrgicos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía (cantidad de pacientes, fecha y hora de la intervención quirúrgica) dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico, dando cumplimiento a este indicador.
	15	Número de pacientes pediátricos con	0	Cero (0) o variación	Se presentó en comité de seguridad del paciente el informe de pacientes pediátricos

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b>		<b>Página:</b> 52 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>		<b>Versión:</b> 2

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	ESTADO DE CADA ESTÁNDAR
		neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.		negativa	con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario, en donde se certificó que no se presentó ningún caso durante la vigencia 2019.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio – IAM.	0,99	>=0,9	Para la vigencia 2019, se presentó informe del comité de historias clínicas en donde se evidencia adopción de la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	0,99	>=0,9	Durante la vigencia 2019 se realizó análisis en el comité de seguridad del paciente y en el comité de mortalidad, de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	2,7	<=5	Para la vigencia 2019, se presentó ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, del indicador de oportunidad en la asignación de citas de pediatría primera vez, dando cumplimiento al indicador.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	2,9	<=8	Para la vigencia 2019, se presentó ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, del indicador de oportunidad en la asignación de citas de obstetricia primera vez, dando cumplimiento al indicador.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	8,5	<=15	Para la vigencia 2019, se presentó ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, del indicador de oportunidad en la asignación de citas de medicina interna primera vez, dando cumplimiento al indicador.

### 13.3. ANEXO 3. MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
<b>Dirección y Gerencia (20%)</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Postular a la ESE HUS para la acreditación en el periodo de gerencia 2020-2023	Cumplir con las condiciones de habilitación establecidas por la normatividad vigente. Postular a la ESE HUS para la acreditación institucional en salud. Expandir la capacidad instalada de la ESE HUS de acuerdo a las necesidades del sector. Ajustar las oportunidades de mejoramiento, teniendo en cuenta la declaración de emergencia sanitaria por COVID-19.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 53 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Obtener resultados superiores al 90% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas para cada vigencia.	Efectuar autoevaluación a oportunidades de mejora priorizadas con enfoque de acreditación, de acuerdo al ciclo anual de mejoramiento. Capacitar en acreditación a líderes, responsables de estándares y procesos y a sus equipos de trabajo. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento propuestas en el Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad - PAMEC. Generar el Informe de autoevaluación para cada año.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Obtener resultados superiores al 90% de las metas propuestas en el Plan Operativo Anual para cada vigencia.	Elaborar y ejecutar el plan de desarrollo institucional para la vigencia 2020 a 2023. Realizar seguimiento trimestral a los avances del Plan Operativo Anual – POA de cada vigencia, utilizando la herramienta tecnológica de seguimiento Almera. Articular los Planes de Acción de cada área con el Plan Operativo Anual institucional para cada vigencia.
	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la ESE HUS sin riesgo financiero	Fortalecer las acciones de seguimiento a la gestión financiera institucional y de contención de costos y gastos. Fortalecer los procesos de facturación, cartera y glosas, a través de mejoramiento de los procesos asistenciales. Realizar seguimiento a planes de mejora con los entes de control. Apoyar los procesos mediante la asistencia técnica con los entes de dirección, vigilancia y control.
<b>Financiera y Administrativa (40%)</b>	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor al 0,9 para cada vigencia.	Mejorar la eficiencia de los recursos requeridos para la prestación de los servicios ofertados por la ESE HUS. Fortalecer la Política de Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público; así como programas de uso eficiente de los recursos y compras eficientes.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través	Realizar la compra de medicamentos y dispositivos médicos superior al 70% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.	Examinar la viabilidad de realizar alianzas estratégicas con otras ESE de la Región. Realizar compras de medicamentos y material médico quirúrgico a cooperativas regionales.

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 54 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p>Versión: 2</p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
		de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.		
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Reducir anualmente la deuda superior a 30 días para el personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	Fortalecer el proceso de gestión financiera de la ESE HUS, implementando estrategias que mejoren la eficiencia en la facturación y recuperación de cartera. Fortalecer las estrategias de mercadeo, que permitan incrementar la contratación con entidades responsables de pago.
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Presentar ante la junta directiva de mínimo 4 informes al año de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Realizar de manera permanente el análisis de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS para cada vigencia y comparando resultados con vigencias anteriores.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Lograr la sostenibilidad presupuestal de la institución en términos de recaudo frente a los gastos comprometidos y pago de deudas de vigencias anteriores, de conformidad con lo establecido en la resolución 408/18.	Fortalecer el procedimiento de radicación y el proceso de cobro de los servicios prestados. Realizar seguimiento a los costos, gastos e inversiones de la ESE con énfasis en austeridad en el gasto sin afectar la calidad del servicio. Fortalecer la implementación de la política de cobro de cartera, incluyendo acciones legales, para el logro de un recaudo efectivo. Realizar seguimiento periódico al cumplimiento de los acuerdos de pago con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.
	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.	Reportar oportunamente la Circular Única de la Supersalud.	Reportar oportunamente los Informes de Circular Única de conformidad con la normatividad vigente. Monitorear la entrega de la información por parte de las áreas responsables de su generación y registro.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la	Reportar oportunamente la información al Ministerio de Salud, en cumplimiento del Decreto 2193/14	Reportar oportunamente los Informes del Decreto 2193/14 de conformidad con la normatividad vigente. Monitorear y hacer seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información por

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 55 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
		sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.		parte de las áreas responsables de su generación y registro.
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Lograr resultados superiores al 80% de la aplicación de la guía de manejo específico para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.	Realizar monitoreo permanente a la aplicación de la guía de manejo específico para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes, capacitando al personal médico y midiendo la adherencia a dicha guía. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de historias clínicas, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Lograr resultados superiores al 80% de la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.	Realizar monitoreo permanente a la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, capacitando al personal médico y midiendo la adherencia a dicha guía. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de historias clínicas, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	Lograr resultados superiores al 90% en la oportunidad de la realización de apendicetomía menor a 6 horas después de confirmado el diagnostico, según la muestra representativa de las historias clínicas relacionadas con este indicador.	Realizar monitoreo permanente a la realización de apendicectomía menor a 6 horas después de realizado el diagnóstico, capacitando al personal médico y midiendo la adherencia a los protocolos de atención quirúrgica. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de historias clínicas y seguridad del paciente, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-	Lograr resultados de ningún caso de pacientes pediátricos hospitalizados	Realizar monitoreo permanente servicio de urgencias pediátricas y hospitalización pediatría, capacitando al personal médico y

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 56 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
		aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario	midiendo la adherencia a los protocolos de atención con el fin de prevenir la neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de seguridad del paciente y comité de infecciones, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio – IAM.	Lograr resultados superiores al 90% en la oportunidad de la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio – IAM reciben la terapia específica de tratamiento dentro de la primera hora al diagnóstico.	Realizar monitoreo permanente a la realización de atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio - IAM, capacitando al personal médico y midiendo la adherencia a los protocolos de atención en salud dentro de la primera hora al diagnóstico. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de historias clínicas, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Lograr resultados superiores al 90% en el análisis de los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización.	Realizar monitoreo permanente a los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización, capacitando al personal médico y midiendo la adherencia a los protocolos de atención en salud. Socializar resultados de auditorías y presentar el informe correspondiente en el comité de seguridad del paciente y de mortalidad, elaborando planes de mejoramiento y hacer el respectivo seguimiento frente a desviaciones encontradas.
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	Lograr resultados inferiores a 5 días en la asignación de citas de pediatría por primera vez.	Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica especializada, realizando seguimiento permanente del servicio de consulta externa. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. Garantizar la dotación adecuada del servicio de consulta externa, según requisitos de habilitación. Realizar seguimiento al sistema de información y call center que permita la captura y el reporte de la información.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	Lograr resultados inferiores a 8 días en la asignación de citas de obstetricia por primera vez.	Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica especializada, realizando seguimiento permanente del servicio de consulta externa. Garantizar el número de horas de especialistas



 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p align="center"><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p>Página: 57 de 63</p>
	<p align="center"><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS DE LA GERENCIA (4 AÑOS)	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>que permita cubrir la demanda del servicio. Garantizar la dotación adecuada del servicio de consulta externa, según requisitos de habilitación. Realizar seguimiento al sistema de información y call center que permita la captura y el reporte de la información.</p>
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	Lograr resultados inferiores a 15 días en la asignación de citas de pediatría por primera vez.	<p>Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica especializada, realizando seguimiento permanente del servicio de consulta externa. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. Garantizar la dotación adecuada del servicio de consulta externa, según requisitos de habilitación. Realizar seguimiento al sistema de información y call center que permita la captura y el reporte de la información.</p>

#### 13.4. ANEXO 4. MATRIZ DE METAS

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	> 3,0	> 3,0	> 3,0	> 3,0
	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
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Financiera y Administrativa (40%)	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	< 0,9	< 0.90	< 0.90	< 0.90
	6	Proporción de				

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
		medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	> = 0,70	> = 0,70	> = 0,70	> = 0,70
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios 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 vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior	Variación negativa con respecto a la vigencia anterior
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva	Por lo menos 4 informes presentados a Junta Directiva
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	> = 1	> = 1	> = 1	> = 1
	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
	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	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna	Presentación oportuna

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
		del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.				
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	>= 0,8	>= 0,8	>= 0,8	>= 0,8
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	>= 0,8	>= 0,8	>= 0,8	>= 0,8
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>=0,9
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	0	0	0
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio – IAM.	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9	>= 0,9
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	<=5	<=5	<=5	<=5
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	<=8	<=8	<=8	<=8
	20	Tiempo promedio de espera para la	<=15	<=15	<=15	<=15

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>PLAN DE GESTION</b> <b>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <b>2020 - 2023</b>		Página: 60 de 63	
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>		Versión: 2	

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
		asignación de cita de Medicina Interna.				

### 13.5. ANEXO 5. MATRIZ DE EVALUACIÓN

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
<b>Dirección y Gerencia (20%)</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.				0,05	
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.				0,05	
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,10	
	4	Riesgo fiscal y financiero				0,05	
<b>Financiera y Administrativa (40%)</b>	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida				0,05	
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c)				0,05	

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
		Compras a través de mecanismos electrónicos.					
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior				0,05	
	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05	
	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	
	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 libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único				0,05	

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b>	Página: 62 de 63
	<b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b>	<b>Versión: 2</b>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
		Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya.					
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.				0,07	
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.				0,05	
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.				0,05	
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.				0,05	
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio – IAM.				0,05	
<b>Gestión Clínica o Asistencial (40%)</b>	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.				0,05	
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita				0,03	

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 2020 - 2023</b></p>	<p><b>Página: 63 de 63</b></p>
	<p><b>CÓDIGO: GDR-GDR-PL-01</b></p>	<p><b>Versión: 2</b></p>

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
		de Pediatría.					
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.				0,03	
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.				0,02	