

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2024 – 2027

LEIDY DIANA HERRERA MORA
Gerente

Mayo de 2024

**MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL ROBERTO
QUINTERO VILLA ESE.**

GUSTAVO ADOLFO PAVA BUSH

Alcalde y Presidente

YULIETH ANDREA MOLINA AMAYA

Subsecretaria de Salud Pública

JAVIER ANTONIO MARTÍNEZ

Representante de los Usuarios en Salud

LAURA TATIANA LIEVANO

Representante de los Empleados del Área Administrativa de la E.S.E

LEIDY DIANA HERRERA MORA

Secretaria

EQUIPO DE TRABAJO DE LA E.S.E PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2024-2028

AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

- Planeación
- Gerencia

ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

- Financiera
- Jurídica
- Sistemas

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

- Promoción y Prevención
- Coordinación medica
- Coordinación de Enfermería
- Epidemiología

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1. RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO Y MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN | 7 |
| (MIPG) | 7 |
| 2. OBJETIVO | 7 |
| 3. PROPÓSITO | 8 |
| 4. GLOSARIO | 9 |
| 5. NORMATIVIDAD..... | 10 |
| 6. METODOLOGIA | 11 |
| 6.1 METODOLOGÍA..... | 12 |
| 6.2 FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL: | 13 |
| 6.2.1 INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA | 13 |
| A. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR | 14 |
| B. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD | 15 |
| C. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.. | 17 |
| 6.2.2 INDICADORES FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS | 18 |
| A. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO | 19 |
| B. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA | 20 |
| C. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS | 21 |
| D. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR | 23 |
| E. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO | 25 |
| F. 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 | |
| 26 | |
| 6.2.3 INDICADORES ASISTENCIALES..... | 29 |
| A. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN..... | 29 |
| B. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E. | |
| 30 | |
| C. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA | 32 |
| INDICADOR No. 23 | 32 |
| D. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | 33 |
| E. PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS | 34 |
| F. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL..... | 35 |
| 7. EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL | 36 |
| 7.1 ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ANUAL: | 36 |
| 7.2 CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL | 36 |
| 7.3 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 37 |
| 7.4 NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS | 37 |
| 7.5 RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA | 37 |

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia del Hospital Roberto Quintero Villa ESE Montenegro (Q), para el periodo comprendido entre el 05 de abril de 2024 y el 31 de diciembre de 2027. A 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 Roberto Quintero Villa cumpla con sus objetivos 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 HRQV hacia la definición de su plan de desarrollo, asignación de recursos, tiempos y responsabilidades, que facilitaran el cumplimiento de la gerencia y el seguimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

1. RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO Y MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)

Este Plan de Gestión es un plan estratégico que se articulará con el Plan de Desarrollo Institucional, aquí se enunciarán las acciones generales que la Gerencia se compromete a implementar para alcanzar las metas, pero será en el Plan de Desarrollo y el Plan de Acción para cada vigencia en los que se definan en forma detallada cada una de las acciones, dentro de la línea estratégica que corresponda.

El compromiso de la Gerencia es el de incorporar en el Plan de Desarrollo Institucional y en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, aquellos elementos estructurales, garantes de la calidad en la prestación de los servicios de Salud, humanización del servicio, aunado al Código de Integridad (Prestar servicios de salud con respeto por el usuario por su dignidad y por su condición) y la eficiencia administrativa y financiera, con el objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsará la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

Todo se traduce en cuatro (4) grandes líneas: Transparencia en la Gestión, Calidad en la prestación de los servicios, Satisfacción de necesidades y Goce efectivo de los derechos de los ciudadanos

2. OBJETIVO

Adoptar mecanismos claros que permitan cumplir los compromisos definidos en el Plan de Gestión del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E para el periodo 2024-2028, obteniendo resultados que generen confianza en sus grupos de interés y que conduzcan una mayor resolutiveidad en la prestación de los servicios, a través de una atención oportuna y de calidad.

3. PROPÓSITO

Establecer los compromisos gerenciales, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por la Gerente del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, Enfermera Leidy Diana Herrera Mora, durante el periodo 2024-2028, para el cual fue nombrada mediante Decreto No. 053 y Acta de Posesión No. 019, ambos documentos del 05 de abril de 2024.

4. GLOSARIO

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

EFICIENCIA

La eficiencia mide la relación entre productos obtenidos (metas productos) e insumos utilizados (recursos ejecutados) en un proceso productivo, el cual busca alcanzar la máxima cantidad de productos sin despilfarrar, o aprovechar al máximo los recursos o insumos disponibles; es la comparación entre lo efectivamente realizado y lo propuesto, esta medición busca determinar si se está optimizando la dotación de recursos financieros que tienen disponibles para producir las metas producto.

EFICACIA

La eficacia permite medir el grado de cumplimiento de las metas y productos establecidos en el plan de gestión gerencial y los indicadores alcanzados en términos de productos, calculando el nivel del logro y determinando el grado de cumplimiento a nivel de proyecto, línea y componente del plan. Hace referencia únicamente a la obtención de los resultados y productos. La evaluación de eficacia se convierte en un componente esencial, donde se mide el grado de cumplimiento

de las metas propuestas en el plan de gestión gerencial. Entre mayor sea el nivel de cumplimiento en las metas trazadas mayor es el nivel de eficacia obtenido y en consecuencia, mayor será el grado de satisfacción de la institución.

PONDERACIÓN

Es el peso porcentual de cada uno de los indicadores y/o criterios establecidos en una medición determinada, sobre el valor total de las áreas o programas que integran cada uno de los indicadores.

UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR)

Es la actualización ajustada de la producción de servicios ofertados en un periodo dado, llevado a valores constantes y comparables con las vigencias anteriores, brindando elementos de evaluación comparativa de eficiencia hospitalaria.

5. NORMATIVIDAD

- ✓ **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se presentan las generalidades y tiempos de aprobación y evaluación del plan de gestión.
- ✓ **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 medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **Ley 1797 de 2016.** Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **Decreto 1427 de 2016.** Por medio del cual se reglamenta el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

- ✓ **Resolución 680 de 2016.** Por la cual se señalan las Competencias que se deben evaluar, para ocupar el cargo de Gerente o director de las Empresas Sociales del Estado.
- ✓ **Resolución 408 de 2018.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 relacionadas con el sistema de evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.
- ✓ **Resolución 1097 de 2018.** Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018

6. METODOLOGIA

La normativa vigente frente a la Gestión Gerencial, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

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



- **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.

- 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 del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E para la vigencia 2024-2027, 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 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 del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E, se realiza la evaluación anual de los resultados y de la gestión del Gerente para los años 2025, 2026, 2027 y 2028 de conformidad con los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018.

6.1 METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el Plan de Gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes responsables de procesos institucionales, con el fin de que se realice la gestión, implementación y evaluación de los indicadores con los soportes para la validación de los resultados. Los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos
- Toma de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

6.2 FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

6.2.1 INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

Se compromete en este segmento los siguientes ítems:

- a) Promedio de la calificación de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE.

- b) Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud PAMEC.
- c) Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

A. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

En este indicador la E.S.E ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables a la entidad como IPS, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora y se han desarrollado los planes de mejoramiento respectivos con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.

Prospectivamente la E.S.E fija su meta no solo en la documentación y estandarización de procesos, sino que va más allá del entrenamiento, apropiación y aplicación de los mismos hacia el logro de los objetivos institucionales

Peso Porcentual: 20%

| INDICADOR No. 1 | |
|---|--|
| Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no Acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior. | Mayor o Igual a 1,20 |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES |
| 1.11 | La Autoevaluación se realiza con base en los estándares de Acreditación del Anexo Técnico de la Resolución 5095 de 2018. |

| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
|---|--|-----------|-----------|
| ≥1,20 | ≥1,20 | ≥1,20 | ≥1,20 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para la vigencia 2022 y 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación, con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la resolución 123 de enero de 2012 y Resolución 5095 de 2018, dando una calificación bajo la modalidad de promedio de 1,0 y 1,11, no se evidencia cumplimiento por la falta de continuidad en los procesos institucionales, mínimo progreso de la ejecución de los planes de mejoramiento, lo que se traduce en una reducción en la ejecución de las acciones de mejoramiento por cada uno de los grupos de estándares de acreditación. | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Acreditación.
- ✓ Realizar Autoevaluación y priorización anual con base en el Anexo Técnico de la Resolución No. 5095 de 2018 (Manual de Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario) y/o la norma que la sustituya.
- ✓ Proyectar los Planes de Mejoramiento de Acreditación, suscritos con los diferentes grupos de autoevaluación de Acreditación.
- ✓ Realizar seguimiento y medición a la ejecución de las oportunidades de mejora concertadas en los diferentes planes de mejoramiento.

B. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Hospital ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por la Líder de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

| INDICADOR No. 2 | | | |
|--|------------------|---|------------------|
| Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Superintendencia Nacional de Salud | | Mayor o Igual a 0,90 | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 0.90 | | El resultado del Indicador es producto del seguimiento y cierre del Plan de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) durante las vigencias evaluadas. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥0,90 | ≥0,90 | ≥0,90 | ≥0,90 |

| | |
|---|--|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad realizada durante la vigencia 2022 (0,67) y 2023 (0,90), de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo, ya que por medio de la auditoría de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores |
|---|--|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Realizar priorización con metodología de hoja radar (costo, riesgo y volumen) de las oportunidades de mejora generadas por la autoevaluación anual de los estándares de Acreditación.
- ✓ Gestionar la ejecución de las oportunidades de mejora priorizadas de los Planes de Mejoramiento de Acreditación.
- ✓ Realizar seguimientos a la ejecución de las oportunidades de mejora definidas en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad (PAMEC).
- ✓ Impulsar en la cultura organizacional:
 - ❖ Trabajo en equipo.
 - ❖ Fomento de aplicación de valores institucionales.
 - ❖ Comunicación efectiva.
 - ❖ Buen trato.

- ✓ Seguimiento y monitoreo de indicadores como estrategia para la toma de decisiones.
- ✓ Humanización, calidad y calidez de la atención, como asunto de trabajo permanente.

C. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación, que le permite al Gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde se está y a donde se desea llegar.

El Plan de Desarrollo Institucional se presentará a la Junta Directiva para su análisis y aprobación.

| INDICADOR NUMERO 3 | |
|---|---|
| Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Numero de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Informe del responsable de Control Interno de la entidad que contenga listado de metas del POA del Plan de Desarrollo programadas para la vigencia evaluada, estado de cumplimiento (SI/NO) y el cálculo del indicador. | Mayor o Igual a 0.90 |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES |
| 0,91 | La línea base, corresponde al porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual de la vigencia 2023, ejecutado a través de los Planes |

| | | | |
|------------------|------------------|---|------------------|
| | | Operativos suscritos con los diferentes procesos institucionales. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥0,90 | ≥0,90 | ≥0,90 | ≥0,90 |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | De acuerdo con la ejecución de estrategias y acciones establecidas en el cuadro de mando institucional en sus distintas perspectivas de clientes, financiera, procesos internos y desarrollo humano y tecnológico se evidencio un desempeño insatisfactorio del 0,78 para la vigencia de 2022 reflejado a la rotación de la alta dirección, y un resultado satisfactorio para 2023 de 0,91. |
|---|---|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Formular el Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028.
- ✓ Concertación de los Planes Operativos con los diferentes procesos Institucionales.
- ✓ Realizar seguimiento y medición a los Planes Operativos concertados con los diferentes procesos Institucionales. Formulados por líneas estratégicas del Plan de Desarrollo.
- ✓ Realizar el análisis, ajuste y aprobación del Plan de Desarrollo Institucional por la Junta Directiva.
- ✓ Realizar Acuerdo de Junta Directiva de la E.S.E adoptando el Plan de Desarrollo Institucional de la entidad.
- ✓ Realizar el seguimiento y ajuste al Plan de Desarrollo por la Gerencia previa concertación con la Junta Directiva.
- ✓ Generar informes de ejecución y avance del Plan de Desarrollo a la Junta Directiva de la E.S.E.
- ✓ Cumplir al menos el 90% de las metas programadas en cada vigencia.

6.2.2 INDICADORES FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

Se compromete en este segmento los siguientes ítems:

- a) Riesgo fiscal y financiero.
- b) Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida.
- c) Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, cooperativas de ESE, y/o mecanismos electrónicos.
- d) Monto de la deuda superior a 30 días por salarios de planta y contratación de servicios.
- e) Utilización de la información de los RIPS.
- f) Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo.
- g) Oportunidad en la entrega de información de la Circular Única de la Supersalud o la norma que lo sustituya.
- h) Oportunidad de la entrega de información en cumplimiento al Decreto No. 2193 del 2004 o la norma que lo sustituya.

Peso Porcentual: 40%

A. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

| INDICADOR No. 4 | |
|---|--|
| Riesgo fiscal y financiero | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Acto administrativo de adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizado en riesgo medio o alto. | Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES |

| | | | |
|------------------|------------------|---|------------------|
| Sin riesgo | | Resoluciones por las cuales se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| Riesgo Bajo | Sin riesgo | Sin riesgo | Sin riesgo |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para las vigencias de, 2022, 2023 respectivamente la institución se ha encontrado categorizada sin riesgo, por tanto, no se adoptó un programa de saneamiento fiscal y financiero. Se exceptúa el año 2016 donde quedó con calificación de riesgo bajo. |
|---|---|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Realizar seguimiento y análisis de los indicadores financieros.
- ✓ Plantear estrategias tendientes a minimizar el Riesgo fiscal y financiero en la Institución. (Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero)
- ✓ Controlar mensualmente las obligaciones contraídas.
- ✓ Conservar el equilibrio financiero de la ESE
- ✓ Realizar acuerdos de pago efectivos para la disminución de la cartera.

B. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.

| INDICADOR No. 5 | |
|---|----------|
| Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida ¹ | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| [(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación) / (Numero de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |

¹ La cuantificación de las Unidades de Valor Relativo (UVR), se realiza de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

| | | | |
|--|--|------------------|------------------|
| Ficha técnica de la página Web del SIHO del MSPS | | | Menor a 0.90 |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES | | |
| ≤0,95 | Indicador generado por la Ejecución Presupuestal al cierre de la vigencia 2023 reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. | | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| < 0,9 | < 0,9 | < 0,9 | < 0,9 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | <p>Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para el Hospital, la empresa ha realizado esfuerzos representativos en fortalecer su eficiencia hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su reporte y consolidación, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE mejorar de manera ostensible, disminuyendo la unidad de valor relativa cada año UVR con respecto a la vigencia anterior.</p> <p>Para las vigencias el comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (0,94) y 2023 (0.99).</p> | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Gestionar nuevas alianzas comerciales
- ✓ Aumentar la producción de los servicios Institucionales ofertados.
- ✓ Analizar el comportamiento de los gastos, comparándolos con la vigencia anterior, con el fin de racionalizarlos y priorizarlos.
- ✓ Seguimiento, evaluación y control de los costos Institucionales, con el fin de mejorar la relación costo-beneficio.
- ✓ Implementar Sistema de Costos.
- ✓ Seguimiento a la austeridad del gasto.

C. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las E.S.E, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

| INDICADOR No. 6 | | | |
|--|--|---|------------------|
| Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado, C) Compras a través de mecanismos electrónicos. | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico – quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico en la vigencia evaluada. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Certificación suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE que contenga valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminado por cada uno de los mecanismos de compra (a,b,c) y otros mecanismos, valor total de adquisiciones de medicamentos y dispositivos médicos en la vigencia evaluada y aplicación de la fórmula del indicador | | Mayor o Igual a 0,70 | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 0,0 | | No se fue posible realizar compras de medicamentos y dispositivos médicos a través de la Agencia de Contratación del Estado Colombia Compra Eficiente toda vez que los acuerdos marco no contemplaban medicamentos y dispositivos médicos diferentes a los de control especial. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥0,70 | ≥0,70 | ≥0,70 | ≥0,70 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para las vigencias el comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (0,0), 2023 (0,0). | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones.
- ✓ Analizar y hacer comparativo de los medicamentos y material médico quirúrgico ofertados por las Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y otros proveedores, así como emplear mecanismos electrónicos de compra, con el fin de adquirir aquellos que cumplan con los criterios de calidad, oportunidad y economía para la Institución.
- ✓ Monitorear mensualmente la ejecución presupuestal de gastos con base en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico

D. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

| INDICADOR No. 7 | |
|---|-------------------------------|
| Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| <p>A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>B. [(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 la evaluación) – (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]</p> | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Certificación suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador. | Cero (0) o Variación Negativa |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES |

| | | | |
|---|--|--|---------------------------|
| 0 | | La Institución no presentó deudas superiores a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o contratación de servicios, para la vigencia 2022, ni en la vigencia anterior. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| Cero o variación negativa | Cero o variación negativa | Cero o variación negativa | Cero o variación negativa |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Para las vigencias 2022 y 2023 se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas una variación negativa de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, teniendo un cumplimiento óptimo en los resultados de este indicador. | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Gestionar el cobro de la Cartera Institucional, para mantener el recaudo constante, que permita dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas dentro de los términos pactados.
- ✓ Analizar el comportamiento del recaudo y priorizar la satisfacción de las necesidades Institucionales, de acuerdo con la misión Institucional.

E. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación, control y soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000. El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios.

| | |
|---|-----------------|
| INDICADOR No. 8 | |
| Utilización de información de Registro Individual de prestaciones (RIPS) | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de | 4 |

| | | | |
|--|---|--|------------------|
| sesión de 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 las actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe. | | | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 4 | | Informes de análisis de RIPS, presentados ante la Junta Directiva de la E.S.E, años 2022 y 2023. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| 4 | 4 | 4 | 4 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | En cumplimiento de este indicador se realizaron los informes de registro individual de prestación de servicios (RIPS), los cuales fueron debidamente presentados y soportados ante la Junta Directiva de la institución, información que se encuentra registrada en las actas de Junta Directiva de las vigencias 2022, 2023, dando cumplimiento a la meta esperada en este estándar. | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Verificar la calidad del diligenciamiento de los RIPS.
- ✓ Generar la información para el análisis de los RIPS en forma oportuna.
- ✓ Presentar trimestralmente los informes de RIPS ante la Junta Directiva, para que sirvan de insumo para la toma de decisiones Institucionales
- ✓ Realizar el Perfil Epidemiológico de la entidad.

E. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

| | |
|---|-----------------|
| INDICADOR No. 9 | |
| Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores). | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |

| | | | |
|--|------------------|---|------------------|
| Ficha Técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. | | Mayor o Igual a 1,00 | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 0.96 | | La vigencia 2023 finalizó con un equilibrio presupuestal de 0.96, esto quiere decir que los ingresos recaudados identificados solo cubrieron el 96% de los gastos totales de la ESE durante todo el año. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥1,00 | ≥1,00 | ≥1,00 | ≥1,00 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | | La empresa realizo diversas estrategias enfocadas a la eficiencia de los resultados institucionales, contención de costos, optimización de la información de producción, aunado a los esfuerzos en la gestión de la cartera con las diferentes EPS; aspectos que favorecieron algunos resultados de eficacia institucional. La vigencia 2023 cerró con un indicador negativo de equilibrio presupuestal, relacionado con el NO pago oportuno de cartera y otros compromisos pactados en mesas de conciliación por parte de las EPS. | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Gestionar el cobro de la Cartera, con el fin de aumentar el recaudo.
- ✓ Priorizar y analizar los gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales.
- ✓ Analizar las causales de glosas, para generar las respectivas oportunidades de mejora y disminuir el porcentaje de las mismas.
- ✓ Analizar el comportamiento de los gastos, realizando seguimiento, evaluación y control mensual de los mismos.
- ✓ Liquidar contratos con el fin de gestionar la devolución de saldos a favor.
- ✓ Aplicar las políticas del comité de Cartera y Glosas y planes de mejora continua.

F. 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

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

| INDICADOR No.10 | | | |
|---|---|--|---|
| Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya. | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Superintendencia Nacional de Salud | | Cumplimiento dentro de los términos previstos | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| No cumplimiento dentro de los términos previstos | | La información requerida ha sido reportada oportunamente, de acuerdo al cronograma establecido por la Superintendencia Nacional de Salud | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| Cumplimiento dentro de los términos previstos | Cumplimiento dentro de los términos previstos | Cumplimiento dentro de los términos previstos | Cumplimiento dentro de los términos previstos |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | | La empresa no realizó la presentación de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única no fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador. | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Consolidar la información solicitada por la Circular Única o norma que la sustituya, de acuerdo a los requerimientos legales.
- ✓ Realizar análisis de la información y definir lineamientos de mejora en la Gestión.
- ✓ Desplegar la información reportada, como herramienta Institucional para la toma de decisiones.
- ✓ Realizar el envío oportuno de la información solicitada en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o norma que la sustituya.

G. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

En relación a estos indicadores el hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

| INDICADOR No. 11 | | | |
|--|------------------|---|------------------|
| Oportunidad del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 o norma que lo sustituya. | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Ministerio de Salud y Protección Social | | Cumplimiento dentro de los términos previstos | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| Cumplimiento dentro de los términos previstos | | La información requerida ha sido reportada oportunamente, de acuerdo al cronograma establecido por Ministerio de Salud y Protección Social. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| No extemporáneo | No extemporáneo | No extemporáneo | No extemporáneo |

| | |
|---|--|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | La ESE presento los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicado |
|---|--|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Consolidar la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004 de acuerdo a los requerimientos legales.
- ✓ Realizar análisis de la información y definir lineamientos de mejora en la Gestión, al interior del Comité de validación del respectivo Decreto.
- ✓ Realizar el envío oportuno de la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004.
- ✓ Desplegar la información reportada, como herramienta Institucional para la toma de decisiones.

6.2.3 INDICADORES ASISTENCIALES

Son los indicadores relacionados con el macro proceso asistencial del Hospital, orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, que comprenden promoción y prevención, hospitalización, atención de partos, urgencias, consulta externa, odontología y apoyo diagnóstico.

Los indicadores asistenciales de la Resolución 408 de 2018 aplicables a la baja complejidad van del 21 al 26, ya que del 12 al 20 corresponden a las ESE de mediana y alta complejidad.

Compromete en este segmento los siguientes ítems:

- a) Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.
- b) Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE
- c) Evaluación de la aplicación de la guía de Hipertensión Arterial.
- d) Evaluación de la aplicación de la guía del manejo del programa de Crecimiento y Desarrollo.
- e) Reingresos por el servicio de Urgencias.
- f) Oportunidad en la atención por Consulta Externa.

La ESE garantiza 24 horas de atención permanente en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Servicio Farmacéutico, traslado asistencial básico de pacientes, atención del parto y puerperio.

Peso Porcentual: 40%

A. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

| INDICADOR No. 21 | |
|--|-------------|
| Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| No. Mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E que contenga como mínimo listado con la totalidad de las mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación, que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la | ≥ 0.85 |

| | | |
|--|---|------------------|
| semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador. | | |
| LÍNEA BASE | OBSERVACIONES | |
| 55% | No cumplimiento de metas, por factores externos relacionados entre otros, con la alta movilidad de las gestantes y la población migratoria. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 |
| ≥0.85 | ≥0.85 | ≥0.85 |
| | | META 2027 |
| | | ≥0.85 |

| | |
|---|--|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Las causas de la no captación temprana de la gestante están relacionadas con: Desconocimiento del estado de embarazo por parte de la usuaria. Situación laboral y dificultades para acceder a permisos para recibir atención en salud, esto en empleos informales. Uso de métodos de planificación familiar y ausencia de amenorrea. Intención de ocultar estado de gravidez. Población flotante. Embarazo no deseado, que genera desinterés en la búsqueda del control prenatal. Dificultades de desplazamiento de la usuaria para acceder al control prenatal. Población migratoria. (Venezuela y Ecuador: Durante las vigencias 2022 y 2023, el comportamiento fue respectivamente de 68%, 55%. |
|---|--|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Revisar y ajustar el programa de atención prenatal “Creciendo Juntos”
- ✓ Definir los criterios de identificación de las gestantes que harán parte de la medición del indicador, teniendo en cuenta los factores mencionados.
- ✓ Definir estrategias para fortalecer el programa de Demanda Inducida
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.
- ✓ Seguimiento a las pruebas de embarazo desde la prueba positiva, captación e inclusión a los programas de manera oportuna.
- ✓ Fortalecimiento a los programas de planificación familiar.

B. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.

| | |
|---|-----------------|
| INDICADOR No. 22 | |
| Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E. | |
| FORMULA DEL INDICADOR | |
| Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación. | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | ESTÁNDAR |
| Certificación del COVE Municipal cuando no existan casos. | 0 casos |

| | | | |
|--|------------------|--|------------------|
| Certificación COVE Departamental cuando existan casos. | | | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 1 caso | | La incidencia de sífilis congénita de partos atendidos en la E.S.E para la vigencia 2023 arroja un resultado de un (1) caso. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| 0 | 0 | 0 | 0 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | | Para las vigencias, el comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (1,0) y 2023 (1,0). | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Fortalecer procesos de capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional y Congénita.
- ✓ Fortalecer de vigilancia epidemiológica de reportes de exámenes de laboratorio de gestantes (Serología y FTA-ABS).
- ✓ Revisar y ajustar el programa de atención prenatal “Creciendo Juntos”
- ✓ Definir estrategias para fortalecer el programa de Demanda Inducida.
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.
- ✓ Fortalecimiento programas de planificación familiar.

**C. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA:
 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

| | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| INDICADOR No. 23 | | | |
| Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| No. HC que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación/ Total de HC auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de HTA atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Informe del Comité de Historias Clínicas 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. | | ≥90 | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 91% | | Desde el año 2020 se da cumplimiento a la meta y en el año 2023 la calificación global es del 91%, reflejando con esto el impacto que ha tenido el programa "Ritmo Positivo". | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥90 | ≥90 | ≥90 | ≥90 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | | Para las vigencias el comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (92%), 2023 (91%). | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Fortalecer procesos de capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE.
- ✓ Continuar con las estrategias establecidas en el programa "Ritmo Positivo"
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

D. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

| INDICADOR No. 24 | | | |
|--|--|--|-----------|
| Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| No. De Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / No. De Historias Clínicas de niños (as) menores 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y Desarrollo en la E.S.E en la vigencia evaluada. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Informe del Comité de Historias Clínicas 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. | | ≥80% | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 93% | | Cumplimiento del estándar establecido para el indicador de adherencia a la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica. Para las vigencias el comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (96%), 2023 (93%). | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Fortalecer procesos de capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 11 años.
- ✓ Mantener y fortalecer el Proceso de Gestión Clínica, con el fin de identificar, analizar y evaluar la aplicación de la Guía de manejo para la detección temprana de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo.
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

E. PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

| INDICADOR No. 25 | | | |
|--|------------------|---|------------------|
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| No. de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/Número Total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias en la vigencia objeto de evaluación. | | | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | | ESTÁNDAR | |
| Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social | | ≤ 0.03 | |
| LÍNEA BASE | | OBSERVACIONES | |
| 0,004 | | Para la vigencia 2023 se obtiene un resultado de 0,004, que se encuentra dentro del rango esperado, lo que indica una adecuada adherencia a las Guías de Práctica Clínica. Durante las vigencias 2022-2023, se han cumplido con las metas trazadas. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≤ 0.03 | ≤ 0.03 | ≤ 0.03 | ≤ 0.03 |

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias con el mismo diagnóstico de egreso en un término de 72 horas después del egreso o salida, con el siguiente comportamiento: 2022 (0,017) y 2023 (0,004) |
|---|---|

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Fortalecer procesos de capacitación al personal médico sobre las Guías de Manejo de las 10 primeras causas de morbilidad atendidas por el servicio de Urgencias.
- ✓ Fortalecer el procedimiento de Auditoria Medica de adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

F. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL

| INDICADOR No. 26 | | | |
|---|---|--|-----------|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general | | | |
| FORMULA DEL INDICADOR | | | |
| Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación /No. Total, de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación. | | | |
| Fuente de Información | | Estándar | |
| Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social | | ≤ 3 | |
| Línea Base | | Observaciones | |
| 2,6 | | La oportunidad promedio de atención de consulta médica general para el año 2023, fue de 2,6 días, encontrándose dentro del rango de la meta establecida. El estándar se logra evidenciar mediante el monitoreo semanal de la oferta de agendas médicas versus la demanda del servicio. | |
| META 2024 | META 2025 | META 2026 | META 2027 |
| ≤3 | ≤3 | ≤3 | ≤3 |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL | Se ha mantenido el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general, en un tiempo ≤3 días, durante las vigencias. El comportamiento ha sido el siguiente: 2022 (2,0) y 2023 (2,6) | | |

COMPROMISOS DE GESTIÓN

- ✓ Articular la Contratación Institucional con los análisis de capacidad instalada y la demanda insatisfecha.
- ✓ Continuar con la estrategia de seguimiento semanal al comportamiento de la oportunidad en la asignación de las citas, generando oportunidades de mejora para las posibles desviaciones frente a la meta.
- ✓ Revisar y optimizar las agendas.

7. EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

7.1 ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ANUAL:

La Gerente del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, presentará 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.

El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad. La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

El informe anual de gestión de la Gerente, deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la E.S.E y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el Plan, cuando haya lugar y de los efectos de estas en la gestión de la Entidad.

Según la Resolución 408 de 2018, para efectos de la evaluación, las situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones y permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del Director o Gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del Plan de Gestión y sus metas".

7.2 CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del Informe de Gestión.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el Gerente del Hospital.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados de la Gerente, se designará un secretario ad hoc.

7.3 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

ESCALA DE RESULTADOS (Resolución No. 743 de 2013. Anexo N°5.)

| RANGO CALIFICACIÓN (0,0 – 5,0) | CRITERIO | CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN |
|---|-----------------|---|
| Puntaje total entre 0,0 y 3,49 | Insatisfactoria | Menor al 70% |
| Puntaje total entre 3,50 y 5,0 | Satisfactoria | Igual o superior al 70% |

7.4 NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Cuando se realice el proceso de evaluación, los miembros de la Junta Directiva harán constar en un Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria.

7.5 RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

La Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del Gerente. (Recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011).

ORIGINAL FIRMADO

LEIDY DIANA HERRERA MORA

Gerente