



"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

PLAN DE GESTIÓN 2020 - 2024 CLAUDIA MARÍA CALDERÓN RUEDA GERENTE

SANTA FE DE ANTIOQUIA MAYO DE 2020

PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO JURÍDICO.....	4
3. MARCO CONCEPTUAL.....	5
3.1 DEINICIÓN:.....	5
3.2 FASES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	5
3.2.1 PREPARACIÓN:.....	5
3.2.2 FORMULACIÓN:.....	6
3.2.3 APROBACIÓN:.....	6
3.2.4 EJECUCIÓN:.....	7
3.2.5 EVALUACIÓN:.....	7
4. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTIÓN.....	8
4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	8
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	9
5. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN.....	9
5.1 INDICADORES.....	10
5.2 DIAGNÓSTICO INICIAL – LÍNEA BASE.....	13
5.3 METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS.....	19
5.4 COMPROMISOS Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN POR ÁREAS.....	21
5.5 CONSOLIDADO DEL PLAN DE GESTIÓN.....	24
ANEXO: CONSOLIDADO PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024.....	25

1. INTRODUCCIÓN

Las Empresas Sociales del Estado atraviesan una complicada situación, no solo por la actual emergencia sanitaria, sino porque esta se ha sumado a las crónicas dificultades en las que han debido operar, tratando de sostenerse financieramente y a su vez con la obligación de garantizar adecuadas condiciones de calidad en la atención en salud a sus usuarios, pero afectadas por el inoportuno flujo de recursos del sistema hacia los prestadores de servicios de salud.

En este contexto la planeación se convierte en un instrumento de gestión que puede aportar a las empresas en el rol de orientación de las acciones hacia propósitos concretos y definidos a partir del análisis prospectivo, propiciando elementos para la enfrentar las dificultades y lograr los resultados esperados.

Desde el entorno normativo, la Ley 1438 de 2011, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

En virtud de lo anterior la Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, formula el presente Plan de Gestión para el periodo comprendido entre el 2020 y 2024, plasmando en él los compromisos frente a metas de gestión y resultados relacionadas con las áreas de Direccionamiento y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión clínica o Asistencial.

Dicho Plan tiene como propósito integrar las estrategias y actividades para alcanzar los resultados esperados, en pro de mayor eficiencia en la utilización de los recursos y calidad en la prestación de los servicios.

Dicho plan fue construido con base en las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018, las cuales definen las condiciones y metodología para la elaboración y presentación, del Plan de Gestión por parte de los directores o gerentes de Empresas Sociales del Estado de orden territorial y su evaluación por la Junta Directiva.

2. MARCO JURÍDICO

2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991

En el artículo 339, las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

2.2 LEY 152 DE 1994

En el artículo 32 de la Ley 152 de 1994 se define el alcance de la planeación en las entidades territoriales, las cuales "tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les ha atribuido la Constitución y la ley".

2.3 DECRETO 2145 DE 1999

El Decreto 2145 de 1999, en el artículo 12 se concibe la planeación como una herramienta gerencial que articula y orienta las acciones de la entidad, para el logro de los objetivos institucionales en cumplimiento de su misión particular y los fines del Estado en general, es el principal referente de la gestión y marco de las actividades del control interno puesto que a través de ella se definen y articulan las estrategias, objetivos y metas.

2.4 LEY 1438 DE 2011

La Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece en sus artículos 72 la elección y evaluación de directores o Gerentes Hospitales, en el artículo 73 el procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y en el 74 la evaluación del plan de gestión del director o Gerente de las Empresas Sociales del Estado.

2.5 RESOLUCIÓN 710 DE 2012

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Resolución 710 de 2012, adoptó las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión de los directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel

territorial, la cual establece en el artículo 2 la adopción de condiciones y metodología para la presentación y evaluación de los planes de gestión.

2.6 RESOLUCIÓN 743 DE 2013

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante esta Resolución modificó el anexo N.º 2, 3 y 4 y el artículo 3º de la Resolución 710 de 2012.

2.7 RESOLUCIÓN 408 DE 2018

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Resolución 408 de 2018 modificó la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, quedando definidos los indicadores, su fórmula de medición, el estándar para cada año y las fuentes de información.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 DEINICIÓN:

"El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado se constituye en el documento que refleja los compromisos que el director o Gerente establece ante la Junta Directiva la entidad, los cuales den contener entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, en las áreas de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínica o asistencial..."

El Plan presentado por el gerente ante la Junta Directiva debe contener los resultados a lograr durante el periodo para el cual fue designado, determinando las actividades que deben ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas anualmente.

3.2 FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

Teniendo en cuenta las directrices definidas en las Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018 se desarrollaron para la documentación del Plan de Gestión 2020 - 2024 las siguientes fases:

3.2.1 PREPARACIÓN:

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión.

La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

3.2.2 FORMULACIÓN:

Se lleva a cabo el proceso de formulación a partir la metodología establecida en la normatividad aplicable y la información existente sobre la medición de cada uno de los indicadores.

Posteriormente se procede al registro y análisis de la información identificada dentro de la fase de preparación, con el fin de llevar a cabo el diagnóstico inicial y definición de la línea base. Dicha información se deberá registrar en el anexo 2. Diagnóstico.

A partir de la información del diagnóstico inicial y en articulación con la planeación institucional, se establecerán los logros a alcanzar por área de gestión, especificando las actividades generales a desarrollar para lograr los propósitos trazados en cada área. La información se registrará en el anexo 3. Compromisos.

Los indicadores y el respectivo estándar se definen de acuerdo con el Anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, modificada por la 743 de 2013. El Estándar para cada año de este anexo se convierte en las metas que deben cumplirse durante el periodo de gestión del gerente. Dichos indicadores y las respectivas metas se registrarán en el Anexo 4. Metas.

3.2.3 APROBACIÓN:

En esta fase, el director o Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o Gerente se entenderá aprobado. La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

3.2.4 EJECUCIÓN:

Esta fase corresponde al desarrollo del plan por parte del Gerente y todo su equipo de colaboradores, para lo cual se realizan por lo menos las siguientes acciones:

- Documentar los respectivos planes de acción.
- Desplegar el Plan de gestión y planes de acción en las diferentes áreas.
- Implementar acciones de seguimiento para monitorear el cumplimiento de compromisos y metas del plan de gestión, tanto por líderes de procesos y servicios como por la oficina de control interno o quien haga sus veces.
- Retroalimentación de resultados a los responsables de los procesos.
- Ajuste de estrategias para mejorar los cumplimientos.

3.2.5 EVALUACIÓN:

Elaboración y presentación del informe de anual

El gerente del Hospital presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

Este informe contendrá 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 plan 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.

Calificación del plan de gestión 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.

La calificación del Plan de Gestión del Gerente por parte de la Junta Directiva del Hospital se realizará acorde con los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y los anexos 2 y 3 de la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social (instructivo de calificación y Matriz de calificación, respectivamente).

Interpretación de Resultados

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

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE 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 %

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.

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El 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.

Implicaciones por evaluación insatisfactoria

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro 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 periodo, 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.

4. OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTIÓN

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer el Plan de Gestión de la gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios para la vigencia 2020 – 2024, a través del cual se definan los lineamientos para el logro y la medición de los indicadores que aplican a las Empresas Sociales del Estado del segundo nivel de atención, de acuerdo con lo definido en la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar del diagnóstico inicial o Línea de Base para cada indicador de acuerdo con lo definido en la Resolución 408 de 2018.
- Definir los compromisos y actividades a desarrollar para alcanzar el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos para la medición de la gestión del Gerente a través del Plan de Gestión correspondiente a las vigencias 2020 a 2024.
- Establecer las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los Indicadores y estándares anuales por áreas de gestión según el Anexo Técnico 2 de la Resolución 408 de 2018, aplicables a las instituciones de segundo nivel de atención.

5. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN

Plan de Gestión de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia contiene los compromisos que la gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, en relación con la viabilidad financiera y la calidad y eficiencia en la prestación de servicios y concretamente en las áreas de:

Dirección y gerencia (20%)
Financiera y administrativa (40%)
Clínica o asistencial. (40%)

Conforme a la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan de gestión contiene los siguientes elementos:

- Indicadores, según el anexo 2 de la Resolución 408 de 2018.
- Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador que aplica a la entidad según dicho anexo.
- Las metas de gestión y resultados para el periodo 2020 – 2024 según cada indicador definido en las áreas de gestión.
- Establecimiento de logros y compromisos por cada área de gestión.

5.1 INDICADORES

Con base en la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social se identificaron los indicadores que corresponden a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios como institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel, procediendo a identificar:

- La fórmula de para la medición,
- El estándar para cada año,
- Las fuentes de información de cada uno.

Los indicadores que aplican a la ESE se presentan en el siguiente cuadro:

INDICADORES PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	3. Indicador	4. Formula del indicador	5. Estándar para cada año	6. Fuente de información
Direccionamiento y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento de autoevaluación de la vigencia evaluada y vigencia anterior.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	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	$\geq 0,90$	Superintendencia Nacional de Salud
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas /Número de metas del Plan Operativo anual programadas	$\geq 0,90$	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 metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero (solo aplica cuando se categorice en riesgo medio o alto)	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.	Sin riesgo	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas en riesgo fiscal medio o alto.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	$< 0,90$	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas 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 las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	$\geq 0,70$	Informe del responsable del área de compras, firmado por el revisor fiscal o en caso de no contar con revisar fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE. La Certificación como mínimo contendrá: 1. Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a),b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la formula del indicador
	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	*Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 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 del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	Cero (0) o variación negativa	Certificación del revisor fiscal o en caso de no contar con revisar fiscal, del Contador de la ESE, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador y el cálculo del indicador.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el 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.	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. Actas de Junta Directiva soportado en las actas de sesiones 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 presenta el informe.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumple	Superintendencia Nacional de Salud
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumple	Ministerio de Salud y Protección Social

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	3. Indicador	4. Formula del indicador	5. Estándar para cada año	6. Fuente de información
Gestión Clínica o asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante en la vigencia objeto de la evaluación./ Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con el diagnóstico hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,80$	Informe del comité de historias clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas 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./ Total 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 evaluación.	$\geq 0,80$	Informe del comité de historias clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las 6 horas siguientes a la confirmación del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,90$	Informe de Subgerencia científica de la ESE o de quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha, hora la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarias en la vigencia objeto de la evaluación: (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación) - (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,90$	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.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,90$	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.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	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 la evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección social.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	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 la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	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 la evaluación / Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.2 DIAGNÓSTICO INICIAL – LÍNEA BASE

A continuación, se establece un estado general de la entidad en relación con las diferentes áreas de gestión que hacen parte del Plan y que tiene incidencia directa en la línea base para el periodo 2020-2024.

Área de Direccionamiento y gerencia:

PAMEC:

La entidad ha venido desarrollando ciclos de mejoramiento continuo de la calidad a través de la ruta crítica del Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC, con enfoque en el Sistema único de acreditación en salud. En estos ciclos de mejoramiento ha implementado estándares o criterios de estos de forma gradual y priorizada y con base en las autoevaluaciones cuantitativas ha registrado incremento en la calificación, terminando a diciembre 31 de 2019 en un resultado de 2,70. Este resultado podría ser objeto de reducción al realizar una nueva autoevaluación, dependiendo de la existencia o no de soportes de los cierres de ciclo para demostrar el cumplimiento de los estándares en la entidad.

En desarrollo de la ruta crítica del PAMEC se han ejecutado cada año los respectivos planes de acción a través de los cuales se intervienen las oportunidades de mejora halladas en las autoevaluaciones cualitativas de los estándares de acreditación.

Se destaca que dentro de la estructura de la ESE se cuenta con una subgerencia de calidad y se cuenta con los recursos necesarios para desarrollar los diferentes componentes del sistema de obligatorio de garantía de la calidad. Igualmente se resalta que la ESE cuenta con certificación de calidad ISO 9001:2015 para procesos institucionales: Centro regulador, Internación, Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, Transfusión sanguínea, Servicio farmacéutico, Radiografía e imágenes diagnósticas.

Plan de desarrollo:

La ESE tiene vigente un Plan de desarrollo institucional formulado para el periodo 2016-2020. Dicho Plan integra los siguientes ejes estratégicos:

- Gestión del Talento Humano
- Impacto Social
- Sostenibilidad Financiera
- Resultados en Salud
- Calidad Y Seguridad del Paciente
- Humanización en la atención
- Modernización Tecnológica

- Fortalecimiento Institucional

Estos ejes se operativizan mediante planes de acción anual que incluyen metas indicadores, actividades, responsables y plazos. En el transcurso del año 2020 la ESE debe formular el plan de desarrollo para el periodo 2021-2024.

Área administrativa y financiera:

En esta área se destacan los siguientes aspectos generales:

Desde el año 2012 que se realiza la categorización del riesgo fiscal y financiero por parte del Ministerio de Salud y protección social, la ESE Hospital San Juan de Dios nunca ha sido categorizada en riesgo Medio o Alto. En la última fue categorizada Sin riesgo.

En los resultados de la evaluación de los indicadores de esta área en el año 2019 se observó una adecuada relación entre la producción y los costos y gastos, mostrando reducción de esta por un incremento en la producción equivalente en UVR.

Así mismo se vienen realizando la mayor parte de la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico por mecanismos de compra eficientes (mecanismo electrónico, a través de la plataforma Bionexo y compra a cooperativa de hospitales – COHAN).

Esta área incluye lo relacionado con reportes de informes de norma al Ministerio de Salud y protección social y a la Superintendencia Nacional de Salud. En este campo en la entidad ha cumplido con los reportes en las condiciones de contenido y oportunidad establecido por estos organismos. Así fue certificado por estos organismos para el año 2019.

Las principales oportunidades de mejora en esta área se presentan por el desequilibrio presupuestal con recaudo y el pago de deudos superior a 30 días por salarios y contratación de servicios. Para el primero, en el último año por cada peso comprometido solo se pudo recaudar 0,79; resultado que es condicionado por la gestión de cartera de venta de servicios y por la gestión de otros ingresos.

En el caso de las deudas a 31 de diciembre de 2019 la entidad solo logró reducir el saldo de la vigencia anterior en \$ 12.556.696. El total de deudas en los conceptos de salarios y contratación de servicios, certificado por revisoría fiscal a 31 de diciembre, es de \$ 2.733.184.031.

Área Clínica o asistencial:

Esta área se relaciona con los siguientes indicadores:

- Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.
- Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
- Oportunidad en la realización de Apendicetomía.
- Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.
- Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).
- Análisis de mortalidad intrahospitalaria.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Los indicadores de esta área soportan el 40% de la evaluación del plan de gestión y en general en los cuatro periodos anteriores se han logrado buenos resultados, lo cual se asocia con buenos resultados de adherencia a guías de práctica clínica, buen trabajo en seguridad el paciente y adecuado manejo de recursos humanos para cumplir indicadores de oportunidad en la asignación de citas para atención en especialidades como pediatría, ginecobstetricia y medicina interna.

La formulación de la Línea Base para cada uno de los indicadores del Plan de gestión se presenta en el siguiente cuadro:

DIAGNÓSTICO – LÍNEA BASE PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2019)	4. Observaciones
Direccionamiento y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	0,98	El resultado se obtiene al comparar el resultado de la autoevaluación con estándares de Acreditación ente el año 2019 y el 2018. La evaluación cuantitativa promedio del año 2019 fue de 2,70; el mismo resultado del año 2018 fue de 2,75 mostrando así una disminución del 1,82% en el resultado promedio de los ocho grupos de estándares. Al cierre del año 2019 los resultados de cada grupo de estándares fueron los siguientes: Atención al Cliente Asistencial: 2,9 Direccionamiento: 2,9 Gerencia: 2,8 Recurso humano: 2,5 Ambiente físico: 2,9 Tecnología: 2,5 Información: 2,2 Mejoramiento continuo: 2,8
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,95	Durante el año 2019 se formuló un plan de mejoramiento con enfoque de acreditación, a partir de la autoevaluación de los estándares de la Resolución 5095 de 2018. Para ese plan fueron definidas - priorizadas 38 oportunidades de mejora, de las cuales se ejecutaron 36 durante el año 2019.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0,88	Para la vigencia 2019 la entidad contó con un plan de acción que incluyó 131 metas distribuidas en los diferentes Ejes estratégicos, de cuales se cumplieron 115 metas. Las metas no cumplidas fueron: Actualizar el reglamento interno de trabajo. Aprobar por Junta directiva el Plan anual de seguridad y salud en el trabajo. Certificar Norma RETIE. Identificar necesidades de estudiantes en formación según capacidad instalada. Implementar un sistema de costos. Depurar y sanear saldos contables. Oportunidad en la asignación de cita para medicina general y odontología general. Dotación de equipos biomédicos de Ginecoobstetricia. Reimplementación de software SERVINTE. Gestión y renovación tecnológica. Nuevas instalaciones de hospitalización. Respuestas oportunas a los derechos de petición, tutelas, demandas recibidas por la entidad. Mantenimiento y mejoramiento del sistema de gestión documental.

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2019)	4. Observaciones
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero (solo aplica cuando se categorice en riesgo medio o alto)	Sin Riesgo	La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios fue categorizada en "SIN RIESGO" para el año 2019, a través de la Resolución 1342 de 2019, del Ministerio de Salud y protección social. Con esta categorización para el año 2019 no aplicó la evaluación de este indicador.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0,96	Este resultado se obtiene al relacionar la producción y los gastos comprometidos en los rubros de Gasto de funcionamiento y de Operación comercial y prestación de servicios de la vigencia 2019, comparándolo con las mismas variables del año 2018 a pesos constantes. El resultado a diciembre de 2019 muestra una reducción del 4%, aunque no se logró lo esperado según la Resolución 408 de 2018 que es del 10%. El resultado se sustenta principalmente en el aumento del 12% en la producción total en UVR con respecto al 2018, mientras que los Gastos de funcionamiento se incrementaron el 10% y los Gastos de Operación comercial y prestación de servicios se redujo en 2%. El incremento más representativo de la producción se dio en las Cirugías pasando de 8.572 en el año 2018 a 10.763 en el 2019.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,85	El total de compras fue de \$ 5.062.370.306. Las compras a través de cooperativas de hospitales (COHAN) fue \$ 782.734.142. Las compras a través de mecanismos electrónicos \$ 3.526.909.157 (a través de la plataforma Bionexo) A través de otros mecanismos se compró \$752.727.007. No se realizaron compras conjuntas.
	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	-12.556.696	El resultado de este indicador a 31 de diciembre de 2019 presentó una variación negativa, es decir, que se redujo la deuda existente. Según la certificación del revisor fiscal las deudas por los conceptos referidos a diciembre de 2019 corresponden a la suma \$2.733.184.031, saldo que deberá ser tomado como referencia para próxima evaluación.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	Con base en la información de actas de la Junta Directiva y certificación del subgerente administrativo de la ESE, en el año 2019 se presentaron 4 informes de gestión basado en RIPS.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,79	El resultado compara los ingresos totales recaudados con relación a los compromisos totales de la vigencia. Los recaudos totales año 2019 fueron \$ 40.154.131, muestra el gasto comprometido fue de \$48.978.011.
	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	Cumple	La entidad cumplió durante el año 2019 con el reporte de los informes requeridos por los organismos de vigilancia y control y específicamente con el reporte establecido de la Circular única de la Supersalud. Así fue certificado por este organismo.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumple	La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, emitió certificación del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004 en estado de Reporte oportuno para los diferentes periodos. La entidad cumplió durante el año 2019.

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2019)	4. Observaciones
Gestión Clínica o asistencial (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	1,00	En la vigencia 2019 se evaluaron 42 historias clínicas con diagnóstico de Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes. Conforme la certificación del comité de historias clínicas se logró una adherencia del 100% a la guía de práctica clínica.
	13	Evaluación de aplicación de guía de primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	1,00	En la vigencia 2019 se estableció como primera causa de egreso la atención del parto. El comité de historias clínicas certificó una adherencia del 100%, cumpliendo estrictamente con la aplicación de la guía en 602 de historias clínicas de 604 auditadas como muestra representativa, lo que corresponde a un resultado del 99,67% sin aproximación a número entero.
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	0,94	Con base en el informe de la Subgerencia científica y la base de datos aportada, en el año 2019 se presentaron 396 casos de apendicitis de los cuales se realizó la intervención oportuna (dentro de las 6 horas siguientes a la confirmación del diagnóstico) a 372.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	El equipo de gestión de la seguridad del paciente informó que no se presentaron casos durante el año 2019.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	1,00	Durante el año 2019 se presentaron 24 casos de diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio, todos con la realización de la terapia específica según la guía de manejo, conforme al informe del comité de historias clínicas de la ESE.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1,00	El referente institucional de gestión de seguridad del paciente certificó que durante el año 2019 se presentaron 22 muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas y aportó los soportes de los análisis para constatar que se cumplió con el 100% de análisis de estos eventos.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	4,96	La medición de los indicadores de oportunidad se está realizando a través del software SERVINTE, como fuente del reporte de información al SIHO, cumpliendo la meta de oportunidad durante el año 2019.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	5,96	La medición de los indicadores de oportunidad se está realizando a través del software SERVINTE, como fuente del reporte de información al SIHO, cumpliendo la meta de oportunidad durante el año 2019.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de medicina interna	11,58	La medición de los indicadores de oportunidad se está realizando a través del software SERVINTE, como fuente del reporte de información al SIHO, cumpliendo la meta de oportunidad durante el año 2019.

5.3 METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios define como metas anuales del Plan de gestión 2020-2024 las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo número 2 de la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la 710 de 2012 y a 743 de 2013.

Las metas de gestión y resultados se presentan en el siguiente cuadro:

METAS PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

Área de Gestión	N.º del indicador	Indicador	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	
Dirección de Gerencia	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥1,20	≥1,20	≥1,20	≥1,20	
	2	Efectividad Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	
Financiera y Administrativa	4	Riesgo fiscal y financiero (solo aplica cuando se categorice en riesgo medio o alto)	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	
	5	Evolución del gasto por UVR	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90	
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. 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 del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	
	8	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS	4	4	4	4	
	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	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	
	Gestión Clínica o asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
		13	Evaluación de aplicación de guía de primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
14		Oportunidad en la realización de Apendicetomía	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	
15		Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	
16		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	
17		Análisis de mortalidad intrahospitalaria	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	
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 asignación de medicina interna	≤15	≤15	≤15	≤15	

5.4 COMPROMISOS Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN POR ÁREAS

Con base en el diagnóstico o línea base, el equipo directivo de la E.S.E. en cabeza de su Gerente, realizan un proceso de análisis de cada uno de los indicadores establecidos por la norma, los resultados obtenidos y los estándares establecidos.

A partir de este análisis y guardando coherencia con la planeación institucional, se formulan los logros o compromisos y las actividades a desarrollar durante el periodo de gestión, con los cuales sea posible el cumplimiento anual de las metas definidas en la Resolución 408 de 2018.

Los logros o compromisos y actividades se presentan en el siguiente cuadro:

COMPROMISOS Y ACTIVIDADES PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

1. Área de Gestión	2. Logros o Compromisos	3. Actividades Generales a desarrollar	
Direccionamiento y Gerencia	<p>La ESE Hospital San Juan de Dios implementará el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de los procesos, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento, según la Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Protección Social.</p>	<p>Sensibilizar a todo el personal sobre el sistema de calidad, procurando mayor compromiso hacia el PAMEC con enfoque de acreditación. Capacitar equipos de trabajo, comisiones o comités en acreditación y en programa de auditoría para mejoramiento de la calidad - PAMEC. Implementar la ruta crítica del PAMEC conforme al Manual establecido en la ESE Hospital San Juan de Dios.</p>	
	<p>Dentro del ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento, en la ESE, se trabajará por el mejoramiento continuo de los procesos a través del cumplimiento en la implementación de planes de mejoramiento con enfoque de acreditación.</p>	<p>Realizar despliegue de los planes de mejoramiento con enfoque de acreditación. Asignar los recursos necesarios para la implementación de los planes de mejoramiento con enfoque de acreditación. Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de planes de mejoramiento con enfoque de acreditación.</p>	
	<p>Se aplicarán metodologías adecuadas y se incluirán en la planeación de la entidad, programas y proyectos que cuenten con viabilidad y factibilidad, para lograr una adecuada ejecución del Plan de Desarrollo y planes operativos o de acción.</p>	<p>Diseñar o adaptar metodologías técnicas para la formulación o revisión del plan de desarrollo institucional. Realizar análisis previo a los proyectos antes de incluirlos en el Plan de desarrollo o Planes operativos o de acción. Realizar despliegue y asignación de responsabilidades en la ejecución de los planes operativos o de acción. Realizar seguimiento y evaluación periódica a los planes operativos o de acción, sobre la ejecución de los proyectos y el cumplimiento de metas.</p>	
	Financiera y Administrativa	<p>Se realizará un adecuado manejo presupuestal, de gestión de cartera, manejo de pasivos, y demás variables que afecten la categorización del riesgo, para mantener una categorización Sin riesgo fiscal y financiero o riesgo bajo.</p>	<p>Formular un presupuesto anual debidamente equilibrado entre ingresos y gastos según la realidad de la entidad. Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal y tomar medidas para evitar desequilibrio entre los recaudos y los compromisos. Fortalecer la gestión de cartera de la entidad para mantener la liquidez necesaria. Implementar un sistema de costos de la ESE. Implementar campañas orientadas a controlar los gastos la entidad. Sanear y pagar oportunamente las cuentas con proveedores y demás pasivos. Reportar los informes a los organismos de vigilancia y control, en condiciones de oportunidad y calidad. Principalmente los establecidos en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016, del Ministerio de salud y protección social.</p>
		<p>Durante el periodo de gestión se promoverá la eficiencia en los procesos para evitar o minimizar el incremento en los gastos y procurando incrementar la producción de servicios.</p>	<p>Asignar el recurso humano disponible más calificado para cada uno de los servicios. Maximizar la producción de servicios, acorde con las frecuencias de uso establecidas y aprovechando al máximo los recursos disponibles. Realizar seguimiento a los costos de producción de los servicios, tomando medidas en lo posible para mantenerlos o reducirlos.</p>
		<p>Durante el periodo de gestión se mantendrá la política de adquirir los medicamentos y material médico quirúrgico que se requiera, mediante mecanismos eficiente, buscando la optimización de los recursos de la ESE.</p>	<p>Realizar las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de la cooperativa de hospitales o por mecanismos electrónicos, haciendo seguimiento a los criterios de suficiencia, calidad y oportunidad.</p>
		<p>La ESE Hospital El San Juan de Dios procurará el pago oportuno de sus obligaciones, tanto de salarios de personal de planta como de contratación de servicios.</p>	<p>Realizar el pago oportuno de obligaciones laborales priorizada sobre otras obligaciones, principalmente los relacionados con salarios y prestación de servicios.</p>
<p>La ESE generará información confiable de los RIPS y la utilizará como base para la elaboración de diferentes informes sobre los servicios prestados y soporte para la rendición de cuentas a organismos de vigilancia y control, comunidad y otras partes interesadas.</p>		<p>Hacer seguimiento al diligenciamiento de RIPS y formular e implementar planes de mejoramiento cuando se detecten inconsistencias. Analizar resultados de la prestación de servicios a partir de los RIPS y presentar informes a la Junta Directiva. Documentar planes de mejoramiento cuando corresponda.</p>	

1. Área de Gestión	2. Logros o Compromisos	3. Actividades Generales a desarrollar
Financiera y Administrativa	La entidad mejorará la capacidad de gestión de cartera y el control de costos y gastos para lograr equilibrio presupuestal, donde los recaudos sean iguales o superiores a los compromisos.	Ser cuidadoso en la generación de compromisos, cada gasto estará soportado en una necesidad real, previamente analizada y documentada.
	Se mantendrán y mejorarán los procedimientos para captura, consolidación y reporte oportuno de la información de la Circular Única y demás normas relacionadas de la Supersalud y del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016.	<p>Aplicar el reglamento interno de cobro de cartera.</p> <p>Realizar seguimiento al equilibrio presupuestal entre recaudos y compromisos, adoptada las medidas necesarias.</p> <p>Definir claramente las responsabilidades en la generación de información, validación y reporte a los organismos de vigilancia y control.</p> <p>Realizar seguimiento a la consolidación de información y reporte a la Supersalud.</p> <p>Realizar seguimiento a la consolidación de información y reporte a la Secretaria Seccional y Ministerio de Protección Social.</p>
	Realización de seguimiento y mejoramiento de la adherencia a guías, principalmente para de manejo Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes y para primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	<p>Socializar guía de atención a todo personal nuevo y personal que lo requiera según resultados de adherencia.</p> <p>Evaluar la adherencia a guía para de manejo Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes y para primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.</p> <p>Realizar plan de mejoramiento cuando sea necesario según resultados de la evaluación de adherencia.</p>
	Organizar los procesos para garantizar atención de todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis dentro de las seis (6) horas siguientes a la confirmación.	<p>Garantizar los recursos humanos necesarios para la valoración quirúrgica con diagnóstico de apendicitis.</p> <p>Organizar los procesos para garantizar la entrega de resultados de laboratorio confirmatorios de apendicitis en menos de 1 horas.</p> <p>Garantizar la disponibilidad de quirófanos para la atención oportuna de pacientes con apendicitis.</p>
Gestión Clínica o asistencial	Reducir el número o mantener en cero (0) los casos de neumonías broncoaspirativas pediátricas de origen intrahospitalario.	<p>Realizar educación al cuidador primario acerca de los cuidados del niño para prevenir las broncoaspiraciones.</p> <p>Mantener procedimientos de revisión y acompañamiento por parte de enfermería para el paciente pediátrico con neumonía.</p> <p>Fomentar a nivel intrahospitalario el cuidado de paciente pediátrico con neumonía especialmente lo relacionado con medidas posturales.</p>
	Mantener y mejorar la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	<p>Disponer de los recursos humanos idóneos y competentes, y de los logísticos suficientes para la atención integral del paciente con diagnóstico de IAM.</p> <p>Realizar reintroducción acerca del IAM a todo el equipo de salud.</p> <p>Implementar la guía de atención del IAM.</p> <p>Realizar las actividades de capacitación a fin de mejorar las competencias del personal asistencial encargado de la aplicación de la guía de IAM.</p> <p>Realizar auditorías para la verificación y seguimiento de la aplicación de la guía y realizar las acciones complementarias de calidad pertinentes a fin de mejorar su implementación.</p>
	Analizar los eventos de muertes intrahospitalarias después de 48 horas e implementar mejoramientos cuando sea necesario.	<p>Realizar análisis a todos los eventos de muerte intrahospitalaria después de 48 horas de internación.</p> <p>Documentar, socializar e implementar planes de mejoramiento cuando se detecten oportunidades mejora relacionadas con la prevención de muertes intrahospitalarios después de las 48 horas de internación</p>
	Cumplir la meta de oportunidad en la asignación de citas para atención de consulta de pediatría, obstetricia y medicina interna.	<p>Determinar estadísticamente las frecuencia de uso del servicio de consulta especializada de pediatría, obstetricia y medicina interna.</p> <p>Asignar el recurso médico especializado necesario según la demanda de consulta de los servicios de pediatría, obstetricia y medicina interna.</p> <p>Continuar mejorando la confiabilidad de la información mediante el seguimiento al registro de oportunidad en la asignación de cita, cumpliendo en la apertura de agendas y con el plazo de asignación establecido.</p>

5.5 CONSOLIDADO DEL PLAN DE GESTIÓN

En este numeral se presenta el Plan de gestión consolidado para el periodo 2020 – 2024 a fin de visualizar los indicadores, el diagnóstico o línea base, las metas y los compromisos o logros y las actividades a desarrollar por cada área de gestión.

El consolidado se presenta en el anexo de este documento.

Presentado a la Junta Directiva por,

CLADIA MARÍA CALDERÓN RUEDA
Gerente

ANEXO: CONSOLIDADO PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2024

Área de Gestión	N.º del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2019)	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Logros o Compromisos	Actividades Generales a desarrollar
Direccionamiento y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥1,20	Documento de autoevaluación de la vigencia evaluada y vigencia anterior.	0,98	≥1,20	≥1,20	≥1,20	≥1,20	La ESE Hospital San Juan de Dios implementará el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de los procesos, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento, según la Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Protección Social.	Sensibilizar a todo el personal sobre el sistema de calidad, procurando mayor compromiso hacia el PAMEC con enfoque de acreditación. Capacitar equipos de trabajo, comisiones o comités en acreditación y en programa de auditoría para mejoramiento de la calidad - PAMEC. Implementar la ruta crítica del PAMEC conforme al Manual establecido en la ESE Hospital San Juan de Dios.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	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	≥0,90	Superintendencia Nacional de Salud	0,95	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Dentro del ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento, en la ESE, se trabajará por el mejoramiento continuo de los procesos a través del cumplimiento en la implementación de planes de mejoramiento con enfoque de acreditación.	Realizar despliegue de los planes de mejoramiento con enfoque de acreditación. Asignar los recursos necesarios para la implementación de los planes de mejoramiento con enfoque de acreditación. Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de planes de mejoramiento con enfoque de acreditación.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas /Número de metas del Plan Operativo anual programadas	≥0,90	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 metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.	0,88	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Se aplicarán metodologías adecuadas y se incluirán en la planeación de la entidad, programas y proyectos que cuenten con viabilidad y factibilidad, para lograr una adecuada ejecución del Plan de Desarrollo y planes operativos o de acción.	Diseñar o adaptar metodologías técnicas para la formulación o revisión del plan de desarrollo institucional. Realizar análisis previo a los proyectos antes de incluirlos en el Plan de desarrollo o Planes operativos o de acción. Realizar despliegue y asignación de responsabilidades en la ejecución de los planes operativos o de acción. Realizar seguimiento y evaluación periódica a los planes operativos o de acción, sobre la ejecución de los proyectos y el cumplimiento de metas.

Área de Gestión	N.º del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2019)	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Logros o Compromisos	Actividades Generales a desarrollar
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero (solo aplica cuando se categorice en riesgo medio o alto)	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.	Sin riesgo	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas en riesgo fiscal medio o alto.	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Se realizará un adecuado manejo presupuesta, de gestión de cartera, manejo de pasivos, y demás variables que afecten la categorización del riesgo, para mantener una categorización Sin riesgo fiscal y financiero o riesgo bajo.	<ul style="list-style-type: none"> *Formular un presupuesto anual debidamente equilibrado entre ingresos y gastos según la realidad de la entidad. *Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal y tomar medidas para evitar desequilibrio entre los recaudos y los compromisos. *Fortalecer la gestión de cartera de la entidad para mantener la liquidez necesaria. *Implementar un sistema de costos de la ESE. *Implementar campañas orientadas a controlar los gastos la entidad. *Sanear y pagar oportunamente las obligaciones laborales y con proveedores. *Reportar los informes a los organismos de vigilancia y control, en condiciones de oportunidad y calidad. Principalmente los establecidos en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016, del Ministerio de salud y protección social.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	<0,90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	0,96	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90	Durante el periodo de gestión se promoverá la eficiencia en los procesos para evitar o minimizar el incremento en los gastos y procurando incrementar la producción de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> *Asignar el recurso humano disponible más calificado para cada uno de los servicios. *Maximizar la producción de servicios, acorde con las frecuencias de uso establecidas y aprovechando al máximo los recursos disponibles. *Realizar seguimiento a los costos de producción de los servicios, tomando medidas en lo posible para mantenerlos o reducirlos.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas 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 las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥0,70	Informe del responsable del área de compras, firmado por el revisor fiscal o en caso de no contar con revisor fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE. La Certificación como mínimo contendrá: 1. Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a),b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la formula del indicador	0,85	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	Durante el periodo de gestión se mantendrá la política de adquirir los medicamentos y material médico quirúrgico que se requiera, mediante mecanismos eficiente, buscando la optimización de los recursos de la ESE.	Realizar las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de la cooperativa de hospitales o por mecanismos electrónicos, haciendo seguimiento a los criterios de suficiencia, calidad y oportunidad.

Área de Gestión	N° del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2019)	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Logros o Compromisos	Actividades Generales a desarrollar
Financiera y Administrativa	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	*Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 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 del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	Cero (0) o variación negativa	Certificación del revisor fiscal o en caso de no contar con revisor fiscal, del Contador de la ESE, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador y el cálculo del indicador.	-12.556.696	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	La ESE Hospital El San Juan de Dios procurará el pago oportuno de sus obligaciones, tanto de salarios de personal de planta como de contratación de servicios.	Realizar el pago oportuno de obligaciones laborales priorizada sobre otras obligaciones, principalmente de relacionados con nómina y prestación de servicios.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el 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.	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. Actas de Junta Directiva soportado en las actas de sesiones 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 presenta el informe.	4	4	4	4	4	La ESE generará información confiable de los RIPS y la utilizará como base para la elaboración de diferentes informes sobre los servicios prestados y soporte para la rendición de cuentas a organismos de vigilancia y control, comunidad y otras partes interesadas.	<ul style="list-style-type: none"> Hacer seguimiento al diligenciamiento de RIPS y formular e implementar planes de mejoramiento cuando se detecten inconsistencias. Analizar resultados de la prestación de servicios a partir de los RIPS y presentar informes a la Junta Directiva. Documentar planes de mejoramiento cuando corresponda.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	0,79	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	La entidad mejorará la capacidad de gestión de cartera y el control de costos y gastos para lograr equilibrio presupuestal, donde los recaudos sean iguales o superiores a los compromisos.	<ul style="list-style-type: none"> Ser cuidadoso en la generación de compromisos, cada gasto estará soportado en una necesidad real, previamente analizada y documentada. Aplicar el reglamento interno de cobro de cartera. Realizar seguimiento al equilibrio presupuestal entre recaudos y compromisos, adoptada las medidas necesarias.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Cumple	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Se mantendrán y mejorarán los procedimientos para captura, consolidación y reporte oportuno de la información de la Circular Única y demás normas relacionadas de la Supersalud y del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> Definir claramente las responsabilidades en la generación de información, validación y reporte a los organismos de vigilancia y control. Realizar seguimiento a la consolidación de información y reporte a la Supersalud.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumple	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Se mantendrán y mejorarán los procedimientos para captura, consolidación y reporte oportuno de la información de la Circular Única y demás normas relacionadas de la Supersalud y del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a la consolidación de información y reporte a la Secretaria Seccional y Ministerio de Protección Social.

Área de Gestión N.º del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2019)	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Logros o Compromisos	Actividades Generales a desarrollar
Gestión Clínica o asistencial (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante en la vigencia objeto de la evaluación. / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con el diagnóstico hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,80$	Informe del comité de historias clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	1,00	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	Realización de seguimiento y mejoramiento de la adherencia a guías, principalmente para de manejo Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes y para primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Socializar guía de atención a todo personal nuevo y personal que lo requiera según resultados de adherencia. Evaluar la adherencia a guía para de manejo Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes y para primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas 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. / Total 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 evaluación.	$\geq 0,80$	Informe del comité de historias clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	1,00	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	Realizar plan de mejoramiento cuando sea necesario según resultados de la evaluación de adherencia.	
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las 6 horas siguientes a la confirmación del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	$\geq 0,90$	Informe de Subgerencia científica de la ESE o de quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de pacientes a quienes se les realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha, hora la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.	0,94	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	Organizar los procesos para garantizar atención de todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis dentro de las seis (6) horas siguientes a la confirmación.	Garantizar los recursos humanos necesarios para la valoración quirúrgica con diagnóstico de apendicitis. Organizar los procesos para garantizar la entrega de resultados de laboratorio confirmatorios de apendicitis en menos de 1 horas. Garantizar la disponibilidad de quirófanos para la atención oportuna de pacientes con apendicitis.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarias en la vigencia objeto de la evaluación: (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación) - (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.	0	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Reducir el número o mantener en cero (0) los casos de neumonías broncoaspirativas pediátricas de origen intrahospitalario.

Área de Gestión	N.º del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2019)	Meta año 1	Meta año 2	Meta año 3	Meta año 4	Logros o Compromisos	Actividades Generales a desarrollar
Gestión Clínica o asistencial	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,90	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.	1,00	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	Mantener y mejorar la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Disponer de los recursos humanos idóneos y competentes, y de los logísticos suficientes para la atención integral del paciente con diagnóstico de IAM. Realizar reinducción acerca del IAM a todo el equipo de salud. Implementar la guía de atención del IAM. Realizar las actividades de capacitación a fin de mejorar las competencias del personal asistencial encargado de la aplicación de la guía de IAM. Realizar auditorías para la verificación y seguimiento de la aplicación de la guía y realizar las acciones complementarias de calidad pertinentes a fin de mejorar su implementación.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de la evaluación.	≥0,90	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.	1,00	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	Analizar los eventos de muertes intrahospitalarias después de 48 horas e implementar mejoramientos cuando sea necesario.	Realizar análisis a todos los eventos de muerte intrahospitalaria después de 48 horas de internación. Documentar, socializar e implementar planes de mejoramiento cuando se detecten oportunidades mejora relacionadas con la prevención de muertes intrahospitalarias después de las 48 horas de internación.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	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 la evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección social.	4,96	≤5	≤5	≤5	≤5		
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	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 la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	5,96	≤8	≤8	≤8	≤8	Cumplir la meta de oportunidad en la asignación de citas para atención de consulta de pediatría, obstetricia y medicina interna.	Determinar estadísticamente las frecuencias de uso del servicio de consulta especializada de pediatría, obstetricia y medicina interna. Asignar el recurso médico especializado necesario según la demanda de consulta de los servicios de pediatría, obstetricia y medicina interna.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	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 la evaluación / Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.	11,58	≤15	≤15	≤15	≤15		Continuar mejorando la confiabilidad de la información mediante el seguimiento al registro de oportunidad en la asignación de cita, cumpliendo en la apertura de agendas y con el plazo de asignación establecido.