



ESE Hospital
San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

PLAN DE GESTIÓN 2024 - 2027

SANTIAGO VARELA GARCÍA
GERENTE

SANTA FE DE ANTIOQUIA
MAYO DE 2024

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO JURÍDICO	3
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:	6
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.....	9
5.2 DIAGNÓSTICO INICIAL – LÍNEA BASE	13
5.3 METAS DE GESTIÓN Y RESULTADOS	19
5.4 COMPROMISOS Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN POR ÁREAS	26
5.5 CONSOLIDADO DEL PLAN DE GESTIÓN	29
ANEXO: CONSOLIDADO PLAN DE GESTIÓN 2024 – 2027	30

1. INTRODUCCIÓN

El Estado colombiano a través del Congreso de la República, en el marco de las reformas al sistema general de seguridad social en salud y concretamente en la Ley 1438 de 2011, ha establecido la obligatoriedad de la elaboración, aprobación y evaluación de un Plan de gestión para los Directores o Gerentes de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Así mismo en esta línea normativa el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido las condiciones y metodología para la elaboración, presentación y evaluación del Plan de gestión.

En virtud de lo anterior el 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 2024 y 2027, 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 Estados 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 LEY 1797 DE 2016

La Ley 1797 del 13 de julio 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, en el artículo 20 establece que: “... Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial”.

2.6 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.

2.7 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.

2,8 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 DEFINICIÓN:

El Ministerio de Salud y Protección Social define que “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 2024 - 2027 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 vigente 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 2024 – 2027, 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 2024 a 2027.
- 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 2024 – 2027 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 2024-2027

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 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
	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.
	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.	≥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.	≥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.	≥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.	≥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.	≥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 2024-2027.

Área de Direccionamiento y gerencia:

Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC:

La ESE Hospital San Juan de Dios ha venido desarrollando 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 acreditación en forma gradual y priorizada, a partir de las autoevaluaciones y priorizaciones y los respectivos planes de acción a través de los cuales se intervienen las oportunidades de mejora.

Producto de las autoevaluaciones a diciembre 31 de 2023 la entidad muestra una calificación cuantitativa consolidada de 2,74. 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.

La administración anterior de la ESE realizó una reorganización y dentro de esta suprimió la subgerencia de calidad y creó una oficina de calidad y planeación, la cual está en proceso de estructuración para hacerla funcional y eficaz con relación a los propósitos institucionales y preceptos normativos.

Planeación institucional:

La ESE tiene vigente un Plan de desarrollo institucional formulado para el periodo 2021-2024. Este integra las siguientes líneas estratégicas:

- Nuestros colaboradores
- Nuestro modelo de gestión
- Nuestra tecnología e infraestructura
- Nuestro modelo de prestación de servicios
- Nuestras finanzas.

Estas líneas estratégicas se operativizan mediante planes de acción anual que incluyen 64 metas y sus respectivos indicadores, así como las actividades, responsables y plazos. En la ejecución de los planes en las vigencias 2021, 2022 y 2023 se ha encontrado el cumplimiento mayor al 90% en cada año.

En el transcurso del año 2024 la ESE deberá formular el plan de desarrollo para un periodo mínimo de 4 años a partir del 2025.

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. Luego de estar suspendida la categorización del riesgo por la emergencia sanitarias decretada por la Resolución 856 de 2020, en la vigencia 2023 fue categorizada en Riesgo Bajo.

El análisis de los costos y gastos versus la producción de servicios de salud en el año 2023 mostró una razón de 1, es decir, se incrementó la producción de servicios en UVR y en similar proporción se incrementaron los Gastos de funcionamiento y de Operación comercial y prestación de servicios.

Para la compra de medicamentos se estuvo utilizando en la última vigencia solo el mecanismo de compra a través de cooperativa de hospitales(COHAN). No se implementó compra conjunta ni por medios electrónicos.

Se encontró una gran oportunidad de mejora en esta área en relación con la deuda mayor a 30 días por conceptos de salarios del personal de planta y contratación de servicios, dado que esta se incrementó respecto a la vigencia anterior (2022) en el concepto de contratación de servicios.

Igualmente se presenta desequilibrio presupuestal entre los recaudos y los compromisos. En resumen por cada peso comprometido en 2023 solo se pudo recaudar 0,81.

Respecto al reporte de informes a los organismos de control, se encontró oportunidad de mejora en los reportes de la Circular única a la Superintendencia Nacional de Salud, dado que la certificación de la última vigencia fue en no cumplimiento. Si se presentó cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – decreto único reglamentario del sector salud y protección social.

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 las tres (3) vigencias anteriores evaluadas se han logrado buenos resultados, lo cual se asocia con buenos resultados de adherencia a guías de práctica clínica, adecuado 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, obstetricia y medicina interna.

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

DIAGNÓSTICO – LÍNEA BASE PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2023)	4. Observaciones
Direccionamiento y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,20	<p>Para la vigencia 2023 se actualizó la autoevaluación de todos los estándares de acreditación que aplican a la entidad con base en la Resolución 5095 de 2018, obteniendo una calificación de 2,74; dicho resultado en el año 2022 se encontraba en 2,28.</p> <p>Al cierre del año 2023 los resultados encontrados en cada grupo de estándares fueron los siguientes:</p> <p>Atención al Cliente Asistencial: 2,74 Direccionamiento: 2,91 Gerencia: 2,79 Recurso humano: 2,71 Ambiente físico: 2,70 Tecnología: 2,69 Información: 2,71 Mejoramiento continuo: 2,70</p>
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,96	En la vigencia 2023 se formuló un plan de mejora con enfoque de acreditación con un total 45 actividades programadas a partir de las oportunidades de mejora identificadas en doce (12) estándares priorizados y nueve (9) procesos intervenidos. De la actividades programadas se ejecutaron 43.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0,94	<p>En la vigencia 2023 se tuvo un Plan de acción del Plan de desarrollo 2021-2024: De este se encontró cumplimiento de 60 metas de las 64 que fueron programadas en dicho Plan, distribuidas en las siguientes líneas Estratégicas:</p> <p>Nuestros colaboradores: Metas programadas 7, Cumplidas 6, ejecución 86% Nuestro modelo de gestión: Metas programadas 17, Cumplidas 16, ejecución 94% Nuestra tecnología e infraestructura: Metas programadas 7, Cumplidas 6, ejecución 86% Nuestra modelo de prestación de servicios: Metas programadas 28, Cumplidas 27, ejecución 96% Nuestras finanzas: Metas programadas 5, Cumplidas 5, ejecución 100%</p> <p>Ejecución consolidada: 94%</p>

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2023)	4. Observaciones
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero (solo aplica cuando se categorice en riesgo medio o alto)	BAJO RIESGO	Este indicador no fue objeto de evaluación para la vigencia 2023 dado que la Resolución 851 de 2023 emitió la categorización de RIESGO BAJO para la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia y así se presenta en la Ficha técnica del SIHO a diciembre 31 de 2023.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,00	<p>Para la vigencia 2023 este indicador no cumplió el estándar establecido. A continuación se relacionan algunos de los datos que conllevaron al resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los gastos de Funcionamiento de 2022 fueron de \$52.578.988.650 y los mismos para 2023 fueron de \$ 56.843.472.090 presentando un incremento de 8,1%, con la mayor proporción en los gastos de personal de planta, debido a la creación de nuevos cargos y la vinculación de personal. El crecimiento de la planta de cargos fue de 57,4% para el año 2023. Los Gastos de operación comercial y prestación de servicios de 2022 fueron \$10.643.337.160 y en 2023 fueron de \$11.120.395.080 presentando incremento del 4,5%. Este obedece al incremento en la venta de servicios de salud y consecuentemente por la compra de medicamentos y dispositivos médicos. En la contraparte de la fórmula de este indicador está la producción de servicios de salud valorada en UVR (unidades de valor relativo). Este valor para el año 2022 fue de 4.303.682,05 mientras en el año 2023 fue de 4.623.004,29 mostrando un incremento del 7,4%. El consolidado de Gastos (Funcionamiento y Operación comercial y prestación de servicios) mostró un incremento del 7,5% y al relacionarlo con el incremento del 7,4% en la producción en UVR muestra la razón por que se presentó un resultado 1,00 en la Evolución del gasto para la vigencia 2023, esto indica que no se presentó reducción en la relación de gastos y producción de servicios en 2023 con relación al 2022.
	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	Para la vigencia 2023 se compró a COHAN un total de \$3.482.990.960 de un total de compras de \$4.632.654.906 para un cumplimiento del 70%. Para la vigencia no se realizaron compras por mecanismos electrónicos y 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	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	En la vigencia 2023 la E.S.E. cerró con una deuda de \$ \$11.214.701.581 por estos conceptos, mientras en la vigencia 2022 el saldo era de \$5.594.690.880, presentando una variación positiva de \$5.620.010.701, es decir, que conforme a la certificación emitida por el revisor fiscal, la comparación interanual arrojó como resultado un aumento de la deuda. Esta corresponde a deuda por contratación de servicios, no por salarios.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	Con base en la información de actas de la Junta Directiva de la ESE, en el año 2023 se presentaron cuatro (4) informes de gestión basado en RIPS.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,81	<p>Para la vigencia 2023 la E.S.E. obtuvo un recaudo total por valor de \$ 70.361.912.930 y un Gasto Total comprometido de \$87.318.008.660. Esto indica que por cada peso comprometido se recaudó 0,81, es decir que no se cumplió con el estándar.</p> <p>Entre el 2022 y el 2023 se presentó incremento del 10.1% en el recaudo total, pasando de \$63.931.388.140 a \$70.361.912.930. Sin embargo, en el Gasto total Comprometido el incremento fue del 12,1% pasando de \$77.882.683.360 en 2022 a \$87.318.008.660 en el 2023. En el rubro de Venta de servicios se presentó una disminución del 6.4% respecto al 2023.</p>
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	<p>Para la vigencia 2023 la Superintendencia Nacional de Salud certificó incumplimiento en el reporte de la Circular única.</p> <p>El incumplimiento se dio en un reporte del formulario GT001 código de conducta del mes de enero 2023 correspondiente a diciembre 2022 y de posición de liquidez.</p>
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	Para la vigencia 2023 la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, emitió certificación del reporte de la información del sistema de información SIHO en estado de Reporte oportuno para los diferentes periodos.

1. Área de Gestión	2. N.º del Indicador	2. Indicador	3. Línea de Base (Resultados año 2023)	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	De acuerdo con la certificación del comité de historias clínicas, durante el año 2023 se analizaron 30 casos de Hemorragias III trimestre o de trastornos hipertensivos de gestantes, cumpliendo con aplicación de la guía de atención en las 30, conforme con la auditoría de adherencia realizada durante la vigencia. Se aclara que la entidad evaluó todos los casos reportados, no solo una muestra.
	13	Evaluación de aplicación de guía de primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,92	Estadísticamente se determinó la atención del parto como la primera causa de egreso hospitalario para la vigencia 2023. Se evaluó una muestra total de 500 historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó la atención del parto, encontrando adherencia en 458 de ellas, de acuerdo con la certificación del comité de historias clínicas.
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía	0,96	Según la certificación del subgerente científico se realizó seguimiento mensual al indicador registrando al final un total de 481 pacientes a quienes se inició la apendicetomía después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas, entre un total de 499 pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la 2023.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	NO SE PRESENTAN EVENTOS	Según la información de la vigía de seguridad del paciente, durante la vigencia 2023 no se presentaron eventos de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	0,98	De acuerdo con la certificación del comité de historias clínicas, durante la vigencia evaluada se registraron 48 pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y conforme a la auditoría de cada una de las historias clínicas se estableció que a los 47 se les inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1,00	Según la información de la vigía de seguridad del paciente, durante la vigencia evaluada fueron registrados y analizados 33 casos de muertes después de 48 horas de internación. Se analizaron todos los eventos.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	4,72	Durante la vigencia evaluada se tuvo un acumulado de días de espera de 9.795 días entre 2.077 citas asignadas para pediatría de primera vez. De acuerdo con estos datos consignados en la Ficha técnica del SIHO para 2023 se cumplió con el estándar de oportunidad.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	5,98	Durante la vigencia evaluada se tuvo un acumulado de días de espera de 6.695 días entre 1.120 citas asignadas para obstetricia. De acuerdo con estos datos consignados en la Ficha técnica del SIHO para 2023 se cumplió con el estándar de oportunidad.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de medicina interna	6,22	Durante la vigencia evaluada se tuvo un acumulado de días de espera de 22.385 días entre 3.596 citas asignadas para medicina interna. De acuerdo con estos datos consignados en la Ficha técnica del SIHO para 2023 se cumplió con el estándar de oportunidad.

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 2024-2027 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:

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2024-2027								
Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2024	2025	2026	2027	
Dirección y Gerencia 20%	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya.	1,20 (2.74)	0,7	1,11	1,11	1,11	La última evaluación correspondiente al año 2023 arrojó un valor de 2.74, para el 2024 se realizara una actualización de la calificación de acuerdo a lo establecido por la Resolución 5095, pero frente a los cambios administrativos, la disminución de los puntajes en el componente de direccionamiento y Gerencia por requerir nueva formulación de Plan de Desarrollo, entre otros; no es factible comprometerse con incrementar el indicador en esta vigencia, y frente al costo que genera lograr incrementos en Acreditación, los procesos que vuelven a reiniciarse como la conformación de los nuevos grupos de mejoramiento, la estandarización de nuevos procesos por los servicios a habilitar etc , solo es posible garantizar un incremento en la calificación del 11% anual. . La meta será incrementar un 11% anual
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,96	≥0,7	≥0,9	≥0,9	≥0,9	El comportamiento de este indicador entrega dentro del estándar esperado, Sin embargo, para la vigencia 2024 en el mes de Abril aun no se había iniciado con el primer paso de la Ruta Crítica, por lo tanto no es posible con tan poco tiempo para la implementación y menos garantizar que obtengamos una ejecución mayor al 90% para el primer año; sin embargo para las siguientes vigencias si se garantizará el cumplimiento de los planes de mejoramiento del PAMEC en más del 90% cada año.

	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	0,92	≥0,7	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9	El comportamiento de este indicador se dió dentro del estándar esperado para el 2023, la nueva gerencia recibe un Plan Operativo de la Administración anterior y se encuentra en proceso de modificaciones y hasta tanto la Junta no apruebe los cambios , no es posible garantizar su ejecución; es por ello que para el primer año la Ese se compromete a cumplir máximo con el 70% de acciones programadas , por el poco tiempo que contará para su ejecución y porque no se tiene seguimiento a la ejecución del primer trimestre, esta información no fue entregada . En la vigencia 2024 se formulará el Plan de Desarrollo y se espera cumplir con el 90% o más de las metas cada año.
--	---	--	------	------	------	------	------	------	---

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2024-2027									
Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META	
				2024	2025	2026	2027		
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero.	BAJO RIESGO	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Se espera poder continuar manteniendo la institución en Bajo ó SIN RIESGO en los siguientes años. Nos encontramos a la espera de la publicación de la nueva clasificación del riesgo que corresponde a los estados financieros reportados de la VIGENCIA 2023 para saber cuál será el estado de clasificación con el cual se recibe, por lo tanto igualmente este indicador NO Aplica , ni este año ni en los siguientes por no encontramos en PSFF.	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1.00	1.00	<0,9	<0,9	<0,9	En la vigencia 2023 no se alcanzó la meta del 0,9, por lo tanto para el 2024 solo es posible comprometerse a sostener en lo posible el indicador y se continuará con la meta de lograr el indicador en menos del 0,9 que se espera alcanzar con las medidas de optimización del	

								uso de los recursos y aumento de la producción manteniendo costos razonables que permitan un margen de contribución mayor por venta de servicios.
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.	0,70	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	No se han presentado dificultades para el cumplimiento con este indicador, la institución continuará manteniendo el indicador mayor al 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.	Variación interanual positiva	variación Positiva	Cero (0) o variación negativa	este indicador se entrega SIN cumplimiento de la meta en el año 2023 y el incremento en la deuda fue el doble frente al año 2022. Es un indicador que para el año 2024 no se considera posible superar hasta no lograr implementar las estrategias de reducción de costos y gastos , y estamos limitados por la incertidumbre actual de las condiciones del sistema de salud y el flujo de recursos por parte de las Aseguradoras; sin embargo continuaremos con la meta de estar al final de la vigencia 2025 y en años posteriores; de estar al día en los pagos, optimizando la facturación y recuperación de cartera. Para el 2024 no es posible comprometerse a reducir la deuda.			

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2024-2027								
Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2024	2025	2026	2027	

Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	4	4	4	4	4	No se han presentado dificultades para el cumplimiento con este indicador.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,81	0.81	1,0	1,0	1,0	La tendencia de este indicador en los últimos dos años no cumple con el estándar esperado del 1,0 Se espera mejorar los ingresos recaudados y acercarnos al estándar deseado pero solo a partir del año 2025. Por el momento solo es posible unir esfuerzos para no desmejorar el resultado.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Reporte Inoportuno	Reporte Inoportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	La institución entrega este indicador sin cumplimiento de la meta. Para el 2024 no es posible asegurar que se cumpla el indicador , pues los primeros 3 meses del año fueron reportes a cargo de la administración anterior y ya fue informado que uno de los indicadores del primer trimestre fue reportado de forma extemporánea.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA
PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2024-2027

Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2024	2025	2026	2027	
Clínica o asistencia 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes mayor a 27 semanas	1,0	≥0,8	≥0,8	≥0,8	≥0,8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0.92	≥0,8	≥0,8	≥0,8	≥0,8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	14	Oportunidad en la realización de Apendicetomía menor o igual a 6 horas .	0.96	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	Cero (0), ó variación negativa	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.			
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	0.98	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	1,0	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA
PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2024-2027

Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2024	2025	2026	2027	
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría primera vez	4.72 días	≤5	≤5	≤5	≤5	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	19	Oportunidad en la atención gineco- obstétrica primera vez	5.98 días	≤8	≤8	≤8	≤8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna primera vez	6.22 días	≤15	≤15	≤15	≤15	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.

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 2024-2027

1. Área de Gestión	2. Logros o Compromisos	3. Actividades Generales a desarrollar
Direccionamiento y Gerencia	La ESE Hospital San Juan de Dios fortalecerá la implementación del 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.	Ejecutar las actividades previas según la metodología de auditoría para mejoramiento de la calidad, que incluya entre otras, la conceptualización a los líderes de procesos, comisiones y comités y sensibilización a todo el personal sobre el PAMEC, procurando mayor compromiso hacia la calidad y adherencia a dicha metodología enfocada en acreditación. Implementar la ruta crítica del PAMEC conforme al Manual establecido en la ESE Hospital San Juan de Dios.
	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 o Plan de acción del PAMEC.	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.
	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 planes de acción.	Diseñar o adaptar metodologías técnicas para la formulación o revisión de la planeación estratégica institucional. Realizar análisis previo a los proyectos antes de incluirlos en el Plan de desarrollo o Planes operativos o planes de acción. Realizar despliegue y asignación de responsabilidades en la ejecución de los planes operativos o planes de acción. Inscribir oportunamente los proyectos pertinentes en el Plan bienal de inversiones del Ministerio de Salud y Protección social. Realizar seguimiento y evaluación periódica a los planes operativos o planes de acción, sobre la ejecución de los proyectos y el cumplimiento de metas.
Financiera y Administrativa	Se realizará un adecuado manejo presupuestal, de gestión de cartera, manejo de pasivos, y demás variables que permitan mantener una categorización del riesgo fiscal y financiero en calificación: Sin riesgo o Riesgo bajo.	Formular un presupuesto anual debidamente equilibrado entre ingresos y gastos según la realidad de la entidad. Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal y tomar medidas para evitar desequilibrio entre los recaudos y los compromisos. Implementar diferentes estrategias para mejorar el recaudo de la cartera de la entidad, para lograr y mantener la liquidez necesaria. Asignar el recurso humano idóneo y la tecnología necesaria para fortalecer el sistema de costos hospitalarios de la ESE a fin de disponer de información que facilite la toma de decisiones. Implementar campañas orientadas a controlar los gastos la entidad. Sanear y pagar oportunamente las cuentas con proveedores y demás pasivos.
	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.	Analizar y reorganizar la dependencia de sistemas de información para cumplir con el reporte de los informes a los organismos de vigilancia y control, en condiciones de oportunidad y calidad, entre ellos, los establecidos en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016, del Ministerio de salud y protección social. Asignar el recurso humano disponible más calificado para cada uno de los servicios, maximizando la producción de servicios de salud. Cumplir con las frecuencias de uso establecidas en los programas, aprovechando al máximo los recursos humanos y tecnológicos. Realizar seguimiento a los costos de producción de los servicios, tomando medidas en lo posible para mantenerlos o reducirlos.
	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.
	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 los relacionados con salarios y prestación de servicios. Para esto se fortalecerá el recaudo de la cartera para lograr y mantener la liquidez necesaria.
	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.	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.

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.	<p>Manejar el presupuesto de gastos de acuerdo con las posibilidades reales de recaudo de ingresos para evitar desequilibrio.</p> <p>Implementar diferentes estrategias para mejorar la venta de servicios y el recaudo de la cartera de la entidad, para lograr y mantener la liquidez necesaria que permita respaldar los gastos comprometidos.</p> <p>Realizar seguimiento al equilibrio presupuestal entre recaudos y compromisos, adoptada las medidas necesarias.</p>
	Se fortalecerán 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>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, al Ministerio de Protección Social y en general a los organismos de dirección, vigilancia y control.</p>
Gestión Clínica o asistencial	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 las guías de práctica clínica 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 de pacientes 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 diagnóstico de apendicitis.</p>
	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 del recurso humano idóneo y competente, así como de los recursos logísticos suficientes para la atención integral del paciente con diagnóstico de IAM.</p> <p>Realizar reinducción 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 intrahospitalarias 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>Mejorar la apropiación y uso de las tecnologías en salud (telesalud y telemedicina) para mejorar la cobertura y oportunidad en la prestación de servicios de salud.</p>

5.5 CONSOLIDADO DEL PLAN DE GESTIÓN

En este numeral se presenta el Plan de gestión consolidado para el periodo 2024 – 2027 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.

Presentado a la Junta Directiva por,

SANTIAGO VARELA GARCÍA
Gerente

ANEXO: CONSOLIDADO PLAN DE GESTIÓN 2024 – 2027

Área de Gestión	N° del Indicador	Indicador	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base (Resultados año 2023)	Meta año 2024	Meta año 2025	Meta año 2026	Meta año 2027	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.	1,20	0,7	1,11	1,11	1,11	La ESE Hospital San Juan de Dios fortalecerá la implementación del 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.	Ejecutar las actividades previas según la metodología de auditoría para mejoramiento de la calidad, que incluya entre otras, la conceptualización a los líderes de procesos, comisiones y comités y sensibilización a todo el personal sobre el PAMEC, procurando mayor compromiso hacia la calidad y adherencia a dicha metodología enfocada en acreditación. 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	0,96	>0,7	≥ 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 o Plan de acción del PAMEC.	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 (S/NO) y el cálculo del indicador.	0,92	≥ 0,70	≥ 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 planes de acción.	Diseñar o adaptar metodologías técnicas para la formulación o revisión de la planeación estratégica institucional. Realizar análisis previo a los proyectos antes de incluirlos en el Plan de desarrollo o Planes operativos o planes de acción. Realizar despliegue y asignación de responsabilidades en la ejecución de los planes operativos o planes de acción. Inscribir oportunamente los proyectos pertinentes en el Plan bienal de inversiones del Ministerio de Salud y Protección social. Realizar seguimiento y evaluación periódica a los planes operativos o planes de acción, sobre la ejecución de los proyectos y el cumplimiento de metas.

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.	RIESGO BAJO	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	Se realizará un adecuado manejo presupuestal, de gestión de cartera, manejo de pasivos, y demás variables que permitan mantener una categorización del riesgo fiscal y financiero en calificación: Sin riesgo o Riesgo bajo.	<p>Formular un presupuesto anual debidamente equilibrado entre ingresos y gastos según la realidad de la entidad.</p> <p>Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal y tomar medidas para evitar desequilibrio entre los recaudos y los compromisos.</p> <p>Implementar diferentes estrategias para mejorar el recaudo de la cartera de la entidad, para lograr y mantener la liquidez necesaria.</p> <p>Asignar el recurso humano idóneo y la tecnología necesaria para fortalecer el sistema de costos hospitalarios de la ESE a fin de disponer de información que facilite la toma de decisiones.</p> <p>Implementar campañas orientadas a controlar los gastos la entidad.</p> <p>Sanear y pagar oportunamente las obligaciones laborales y con proveedores.</p> <p>Analizar y reorganizar la dependencia de sistemas de información para cumplir con el reporte de los informes a los organismos de vigilancia y control, en condiciones de oportunidad y calidad, entre ellos, los establecidos en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016, del Ministerio de salud y protección social.</p>
	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	1,00	1,00	< 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.	<p>Asignar el recurso humano disponible más calificado para cada uno de los servicios, maximizando la producción de servicios de salud.</p> <p>Cumplir con las frecuencias de uso establecidas en los programas, aprovechando al máximo los recursos humanos y tecnológicos.</p> <p>Realizar seguimiento a los costos de producción de los servicios, tomando medidas en lo posible para mantenerlos o reducirlos.</p>

6	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <p>1. compras conjuntas.</p> <p>2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado.</p> <p>3. Compras a través de mecanismos electrónicos.</p>	<p>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.</p>	<p>≥0,70</p>	<p>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:</p> <p>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).</p> <p>2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.</p> <p>3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.</p> <p>4. Aplicación de la formula del indicador</p>	<p>0,70</p>	<p>≥0,70</p>	<p>≥0,70</p>	<p>≥0,70</p>	<p>≥0,70</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>
7	<p>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior</p>	<p>*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</p> <p>* [(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)]</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</p>	<p>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.</p>	<p>VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA</p>	<p>VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</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. Para esto se fortalecerá el recaudo de la cartera para lograr y mantener la liquidez necesaria.</p>

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	0,81	0,81	≥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.	<p>Manejar el presupuesto de gastos de acuerdo con las posibilidades reales de recaudo de ingresos para evitar desequilibrio.</p> <p>Implementar diferentes estrategias para mejorar la venta de servicios y el recaudo de la cartera de la entidad, para lograr y mantener la liquidez necesaria que permita respaldar los gastos comprometidos.</p> <p>Realizar seguimiento al equilibrio presupuestal entre recaudos y compromisos, adoptada las medidas necesarias.</p>
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	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR ÚNICA	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR ÚNICA	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Se fortalecerán 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>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, al Ministerio de Protección Social y en general a los organismos de dirección, vigilancia y control.</p>
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	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento		

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.	≥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	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥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. Realizar plan de mejoramiento cuando sea necesario según resultados de la evaluación de adherencia.
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.	≥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.	0,92	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥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. 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.	≥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.	0,96	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥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.	NO SE PRESENTA N EVENTOS	Cero (0) o variación negativa	Reducir el número o mantener en cero (0) los casos de neumonías broncoaspirativas pediátricas de origen intrahospitalario.	Realizar educación al cuidador primario acerca de los cuidados del niño para prevenir las broncoaspiraciones. Mantener procedimientos de revisión y acompañamiento por parte de enfermería para el paciente pediátrico con neumonía. Fomentar a nivel intrahospitalario el cuidado de paciente pediátrico con neumonía especialmente lo relacionado con medidas posturales.			
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.	0,98	≥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 del recurso humano idóneo y competente, así como de los recursos 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.	4,72	≤5	≤5	≤5	≤5	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>Mejorar la apropiación y uso de las tecnologías en salud (telesalud y telemedicina) para mejorar la cobertura y oportunidad en la prestación de servicios de salud.</p>
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.	5,98	≤8	≤8	≤8	≤8		
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.	6,22	≤15	≤15	≤15	≤15		