

ACUERDO 04
(Bello, 2 de junio de 2020)

“Por medio del cual se aprueba el PLAN DE GESTIÓN gerencial de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, para el período 2020-2023”

La Junta Directiva de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, en ejercicio de sus facultades legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

1. Que el artículo 20 de la ley 1797 de 2016, refiere que Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. 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.
2. Que mediante Decreto 2020070001079 de 2020, el Gobernador de Antioquia, nombró al doctor Isauro Barbosa Aguirre, con cédula de ciudadanía número 8.722.356 como Gerente de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, posesionado a partir del 1 de abril de 2020.
3. Que los artículos 72 y 73 de la Ley 1438 de 2011 establecen el procedimiento para la presentación y aprobación del Plan de Gestión gerencial.
4. Que la resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, estableció las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las ESE del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.
5. Que la resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, modificó los anexos 2, 3 y 4 del artículo 2º de la resolución 710 de 2012.

6. Que la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, modificó la resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, en lo atinente a los criterios diferenciales para la evaluación de ciertos indicadores respecto de las Empresas Sociales del Estado.
7. Que la resolución 1097 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, corrige la resolución 408 de 2018, en lo relativo a los indicadores para el monitoreo de la calidad de prestadores de servicios de salud.
8. Que dicho plan de gestión fue presentado oportunamente por la gerencia de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez el 14 de mayo de 2020 vía correo electrónico de acuerdo al Decreto 491 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar y adoptar el Plan de Gestión gerencial 2020-2023 de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, según presentación que hace parte del presente acuerdo.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar el presente acto administrativo al doctor ISAURO BARBOSA AGUIRRE.


ARTÍCULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Bello, el 2 de junio de 2020.

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



NATALIA VELÁSQUEZ OSORIO
Presidenta



ALEXANDER ZULUAGA ZULUAGA
Secretario

PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2023
“COMPROMISO DE VIDA”

ISAURO BARBOSA AGUIRRE
Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ
BELLO, MAYO DE 2020

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN.....	4
2.	MARCO LEGAL.....	6
3.	OBJETIVOS.....	8
	3.1 Objetivo General	8
	3.2 Objetivos Específicos.....	8
4.	PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	9
	4.1 Misión.....	9
	4.2 Visión	9
	4.3 Principios y valores corporativos	9
5.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	10
6.	VALORES CÓDIGO DE INTEGRIDAD.....	11
7.	SERVICIOS HABILITADOS Y CAPACIDAD INSTALADA	12
	7.1 Servicios habilitados	12
	7.2 Capacidad instalada	12
8.	GLOSARIO.....	13
9.	FASES	15
	9.1 Fase de preparación.....	15
	9.2 Fase de formulación	15
	9.3 Fase de aprobación	43
10.	CONSOLIDACIÓN DE LAS METAS ANUALES PARA EL PLAN DE GESTIÓN.....	44
11.	CRONOGRAMA DECRETO 357 DE 08 DE FEBRERO DE 2008.....	45

 <p>ESE Hospital Marco Fidel Suárez <small>Compromiso de Vida</small></p>	<p>PLAN DE GESTIÓN 2020-2023</p>	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

PARTICIPANTES PLAN DE GESTIÓN 2020 -2023

NOMBRE	CARGO
Isauro Barbosa Aguirre	Gerente
Carlos Mario Gallego Ospina	Subgerente Científico
Neida Ledy Zapata C.	Directora Financiera
Sandra Milena López Montes	Directora Gestión Humana
Nicolás Gilberto Martínez G.	Contratista Asesor Planeación
Lency Naranjo Zuluaga	Contratista Asesora Plan de Gestión
Leobardo Ortiz Pino	Asesor de Calidad
Claudia María Zapata Arango	Contratista Apoyo a Calidad
Astrid Elena Marín Londoño	Contratista Apoyo SOGC
Mauricio Enrique Herrón Higuita	Proceso Coordinador Sede Niquía

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

1. PRESENTACIÓN

Bello es un municipio ubicado en el norte del Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia, y que hace parte del convenio Área Metropolitana del Valle de Aburra y esta conurbado con Medellín, capital del departamento. La ciudad cuenta con un área total de 142,36 km² de los cuales 19,7 km² son suelo urbano y 122,66 km² son suelo rural.

El área urbana de Bello se divide en 11 comunas, estas se dividen a su vez en barrios, sumando un total de 100. En el área rural hay un corregimiento y 19 veredas, todas estas áreas de influencia directa para la prestación de servicios de salud.

Las principales actividades económicas se relacionan con textiles, concentrados, comercio organizado, comercio informal, explotación de areneras y canteras, en el área urbana. El área rural se dedica a la agricultura y ganadería en menor escala.

Bello cuenta con una infraestructura en salud de 4 hospitales, 3 clínicas, 6 centros de salud y un puesto de salud en la zona rural. Además del servicio privado de salud, el servicio público de salud está a cargo de la Secretaría de Salud.

- ESE Hospital Mental de Antioquia (Departamental)
- ESE Hospital Marco Fidel Suárez (Sede Niquía y Sede Autopista), (Departamental)
- ESE Bello Salud, cuenta con ocho (8) sedes así: Hospital Rosalpi primer nivel de atención, Hospital Zamora (Centro de Salud Zamora), seis (6) Centros de Salud en las sedes: San Félix, Playa Rica, Mirador, Fontidueño, Paris (Centro de Salud Antonio Roldán Betancur) y Maruchenga.
- Clínica del Norte
- Clínica Especializada EMMSA
- Clínica Antioquia Sede Bello

El Hospital Marco Fidel Suárez es una Empresa Social del Estado del orden departamental, de segundo nivel de atención, la cual presta servicios de salud de mediana y algunos de alta complejidad a usuarios del Área Metropolitana, norte, nordeste y Magdalena Medio Antioqueño.

Para la vigencia 2020-2023 la ESE se basa en las condiciones y metodologías establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para la elaboración, presentación y evaluación de los indicadores que conformarán el Plan de Gestión de la institución de salud para el segundo nivel de complejidad.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

A continuación se hace una breve descripción de dicha normatividad:

La Ley 1438 de 2011, define en sus artículos 72, 73 y 74, el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, además de la evaluación de Directores o Gerentes de hospitales.

Ahora bien, el Plan de Gestión proyecta, prioriza y define los objetivos y metas a cumplir de manera articulada, para lograr el cumplimiento de los indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, específicamente la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013, la Resolución 408 del 15 febrero de 2018 y la Resolución 1097 de marzo 27 de 2018.

Está elaborado de acuerdo con los principios, políticas y directrices actuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

Cabe resaltar, que la ESE Hospital Marco Fidel Suárez construyó este Plan de Gestión de manera participativa con el equipo de trabajo del área directiva, asistencial y administrativa, contiene en forma ordenada y coherente: las metas de gestión y de resultados, teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, el diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador y el establecimiento de logros o compromisos de gestión.

A continuación se relacionan las fases que se deben seguir para la construcción del plan de gestión vigencia 2020 - 2023.

- Fase de Preparación
- Fase de Formulación
- Fase de Aprobación
- Fase de Ejecución
- Fase de Evaluación

El presente Plan de Gestión se pone en consideración de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, para su aprobación según la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 y con base en él, se evalúe la gestión del período del gerente 2020 -2023, según la normativa vigente.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

2. MARCOLEGAL

- **LEY 1122 DE 2007.** Por el cual se hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993.
- **LEY 1438 DE 2011.** Define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- **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.
- **DECRETO 417 DE 2020.** Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional, con el fin de conjurar la grave calamidad pública por el COVID – 19.
- **DECRETO 440 DE 2020.** Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica de conformidad con el Decreto 417 de 2020.
- **DECRETO 444 DE 2020.** Por el cual se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias FOME y se dictan disposiciones en materia de recursos, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
- **DECRETO 488 DE 2020.** Por el cual se dictan medidas de orden laboral, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
- **DECRETO 500 DE 2020.** Por el cual se adoptan medidas de orden laboral, relativas a la destinación de los recursos de las cotizaciones a las Administradoras de Riesgos Laborales de carácter público, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
- **DECRETO 520 DE 2020.** Por el cual se modifican y adicionan artículos de la Sección 2 del Capítulo 13 Título 1 Parte 6 Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

- **DECRETO 538 DE 2020.** Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
- **DECRETO 544 DE 2020.** Por el cual se adoptan medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, atendiendo criterios de inmediatez como consecuencia de las turbulencias del mercado global de bienes para mitigar la pandemia Coronavirus COVID-19
- **DECRETO 1011 DE 2006.** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **DECRETO 2193 DE 2004.** Establece las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud.
- **DECRETO 1427 DE 2016.** NOMBRAMIENTO DE GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.
- **RESOLUCIÓN 536 DE 2020.** Por el cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS – CoV-2 (Covid -19).
- **RESOLUCIÓN 408 DE 2018.** Por el cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 1097 DE 2018.** Por medio de la cual se corrige la Resolución Número 408 de 2018.
- **RESOLUCIÓN 256 DE 2016.** Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

- **RESOLUCIÓN 123 DE 2012.** Adopta los manuales que contienen los estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Deroga el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.
- **RESOLUCIÓN 710 DE 2012.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 743 DE 2013.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 2181 DE 2008.** Por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.
- **CIRCULAR 0012 DE 2016.** Se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC- y el sistema de información para localidad.
- **CIRCULAR 009 DE 2015.** Se requiere la presentación de información periódica a las empresas sociales del estado que detalle las gestiones adelantadas en las áreas asistencial, administrativa y financiera. Para Gerentes que no se encuentren en propiedad o vigencias que no sean objeto de evaluación por Junta Directiva.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Presentar el Plan de Gestión de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello para el período comprendido entre 2020 y 2023, dentro de las condiciones y normas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2 Objetivos Específicos

- Aplicar la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la elaboración, seguimiento y monitoreo del Plan de Gestión para la ESE Hospital Marco Fidel Suárez.
- Monitorear y gestionar indicadores establecidos según la normatividad vigente

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

para la ESE como institución de segundo Nivel de atención.

- Soportar cada una de las actividades del Plan de Gestión a ejecutar con información válida y confiable.
- Realizar una adecuada planificación de los recursos técnicos, humanos y financieros para el logro de los objetivos propuestos.
- Implementar las estrategias propuestas buscando el alcance de las metas de cada uno de los indicadores, como también la mitigación de los factores que afectan un resultado satisfactorio.

4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

4.1 Misión

Somos una Empresa Social del Estado reconocida por prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, con calidad y trato humanizado, comprometidos con el medio ambiente y la formación del talento humano en salud.

4.2 Visión

En el 2030 seremos una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con altos estándares de calidad y posicionamiento en el sector salud.

4.3 Principios y valores corporativos

- **Respeto**

La institución y sus funcionarios se comprometen a reconocer en cada una de sus actuaciones el valor, la diferencia y dignidad de cada uno de los usuarios internos y externos con los que interactúa.

- **Equidad**

Todas las actuaciones de la institución serán orientadas a brindar a todos nuestros usuarios lo que es debido de acuerdo con sus derechos, sin discriminar su condición social, género, raza acreencia.

- **Calidez**

Todos los servidores de la institución deben brindar amabilidad, gentileza y buen

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

trato en la atención, ofreciendo una información asertiva a todos nuestros usuarios.

- **Compromiso**

La institución orientará todos sus esfuerzos a generar responsabilidad y convicción en todos sus colaboradores para el logro de la satisfacción de nuestros usuarios y el propósito de la institución.

- **Transparencia**

La institución y sus funcionarios se comprometen a reflejar honestidad, confianza y claridad en todas sus actuaciones en la prestación del servicio y administración de los recursos.

- **Universalidad**

La institución buscará garantizar para todas las personas el derecho a la atención en salud con calidad, a la población que demanden nuestros servicios.

- **Eficiencia**

La institución se compromete a dar una utilización racional y razonable a los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y particulares en la prestación del servicio.

- **Trabajo en equipo**

La institución propenderá con su personal, el fortalecimiento del trabajo participativo como metodología para el cumplimiento de sus objetivos y metas.

- **Liderazgo**

Los funcionarios de la institución se caracterizarán por su capacidad de inspirar y guiar a otros, por generar motivación y energía en todo lo que hacen y transmitirla a las personas que les rodean para el logro de objetivos.

- **Diversidad**

Todos los funcionarios de la institución respetarán las diferentes personas, en lo que se refiere a su condición y cultura.

5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Consolidar la oferta de servicios de mediana y alta complejidad con innovación, calidad y diversificación del portafolio de servicios de la ESE Hospital Marco Fidel

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

Suárez.

- Gestionar eficientemente los recursos financieros que permitan la consolidación de la organización y su sostenibilidad.
- Fortalecer continuamente los procesos institucionales con énfasis en la gestión de recursos humanos y logísticos.

6. VALORES CÓDIGO DE INTEGRIDAD

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez adoptó el CÓDIGO DE INTEGRIDAD, guía que establece mínimos de integridad homogéneos dirigidos a todos los servidores públicos del país, en un marco de transparencia y legalidad, comprendidos en los siguientes cinco (5) valores:

- **Honestidad**

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumplimiento mis deberes con transparencia y rectitud y siempre favoreciendo el interés general.

- **Respeto**

Reconozco, valoro y trato de manera digna a toas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

- **Compromiso**

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

- **Diligencia**

Cumplo con los debres, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la menor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recusus del Estado.

- **Justicia**

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



PLAN DE GESTIÓN 2020-2023

Código: DG-11.02

Versión: 01

Fecha de Actualización:
Mayo de 2020

Elaboró: Equipo Directivo

7. SERVICIOS HABILITADOS Y CAPACIDAD INSTALADA

7.1 Servicios habilitados

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Antioquia	BELLO	0508805618	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	AMBULANCIAS	Básica	1	OKA713	TERRESTRE	2013	10004830439
Antioquia	BELLO	0508805618	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	CAMAS	Pediátrica	3			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	CAMAS	Adultos	159			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	SALAS	Quirófano	2			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	SALAS	Procedimientos	1			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	03	ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía	CAMAS	Pediátrica	67			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	03	ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía	CAMAS	Adultos	24			0	
Antioquia	BELLO	0508805618	03	ESE Hospital Marco Fidel Suárez Sede 02 Niquía	SALAS	Procedimientos	1			0	

***Fuente:** Información de la Base de Datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud. (Registro Especial de Prestadores de Servicios) REPS. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/> 17/04/2020.

7.2 Capacidad instalada

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello es una entidad del orden Departamental, que presta servicios de segundo nivel de complejidad de acuerdo con la Ordenanza 44 del 16 de noviembre de 1994.

Cada año, entre los meses de diciembre y enero del año siguiente, se ha realizado la autoevaluación de habilitación y su respectivo registro en el REPS, donde se ha certificado que se cumple con los estándares de habilitación de los servicios que se prestan.

Para el año 2020, no se realizó la autoevaluación oficial, ni el registro en el REPS, teniendo en cuenta lo definido en la resolución 3100 de 2019, la cual define los nuevos procesos y estándares de habilitación; la nueva autoevaluación se espera realizar en noviembre del año en curso, en cuanto el Ministerio actualice la página del REPS.

BELLO - ANTIOQUIA - 2020			
NOMBRE DE LA SEDE	GRUPO DE CAPACIDAD INSTALADA	NOMBRE	CANTIDAD
SEDE AUTOPISTA	AMBULANCIAS	Básica	1
	CAMAS	Pediátrica	3
	CAMAS	Adultos	159
	SALAS	Quirófano	2
	SALAS	Procedimientos	1
SEDE NÍQUIA	CAMAS	Pediátrica	67
	CAMAS	Adultos	24
	SALAS	Procedimientos	1
Fuente: REPS, Ministerio de Salud			

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

8. GLOSARIO

Acreditación en salud: Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención en salud: La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Covid-19: Es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2, también conocido como virus COVID-19), que provoca una mayor mortalidad en mayores de 60 años y en personas con afecciones previas como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes o cáncer.

Efectividad: Grado en que los servicios, intervenciones o acciones se prestan de acuerdo con las mejores prácticas actuales a fin de cumplir con las metas y lograr resultados óptimos. Es una dimensión de localidad.

Eficacia: Grado en que los recursos se unen para lo lograr los resultados deseados de forma más rentable, con un mínimo de desperdicio, re-trabajo y esfuerzo. Es una dimensión de localidad.

Eficiencia: Se da cuando se utilizan menos recursos para lograr un mismo objetivo. O al contrario, cuando se logran más objetivos con los mismos o menos recursos.

Estándar: Nivel deseado y alcanzable de desempeño contra el cual el rendimiento real se mide.

Guías de práctica clínica (GPC): Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Indicador: Herramienta de medición del desempeño que se utiliza como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios. Indicadores se refieren a la estructura, el proceso y los resultados y tienen un numerador y el denominador de manera que puedan ser comparados y punto de referencia.

Mejoramiento continuo: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS): Se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades.

REPS(Registro Especial Prestadores de Servicios): Es la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

Unidad de Valor Real (UVR): Es una unidad de cuenta que refleja el poder adquisitivo de la moneda con base exclusivamente en la variación del Índice de Precios al Consumidor. No es un medio de pago, ya que no tiene características físicas ni jurídicas como tal, por lo tanto no reemplaza al peso en ningún pago, sólo actualiza el valor de los pesos prestados con base a la inflación. Es certificado por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística).

 <p>ESE Hospital Marco Fidel Suárez Compromiso de Vida</p>	<p>PLAN DE GESTIÓN 2020-2023</p>	<p>Código: DG-11.02</p>
		<p>Versión: 01</p>
		<p>Fecha de Actualización: Mayo de 2020</p>
		<p>Elaboró: Equipo Directivo</p>

9. FASES

9.1 Fase de preparación

- Reunión con el equipo directivo de sensibilización sobre la importancia de un Plan de Gestión y capacitación básica sobre el marco normativo que le rige.
- Realización de taller para el análisis de cada grupo de indicadores: factores que puedan afectar el resultado, estrategias de mitigación de desviaciones y actividades a realizar.
- Consolidación de matriz con las actividades planteadas y compromisos para el periodo 2020 - 2023.
- Definición de las metas anuales para cada indicador según la normatividad vigente.
- Consolidación de las metas anuales del Plan de gestión de la ESE 2020 -2023.
- Construcción de documento maestro de Plan de Gestión 2020- 2023.

9.2 Fase de formulación

- Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados en el período 2016 - 2019, certificación de los mismos.
- Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente.
- Levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones.
- Evidencias o documentación soporte.
- Convocar a junta directiva para entrega del plan de gestión y aprobación del mismo.
- Metas de gestión y resultados, con línea de base por indicadores, metas anuales para el período gerencial.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

N° 1 Indicador	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.			
Fórmula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=1.20	>=1.20	>=1.20	>=1.20
Proyección de la calificación	1.33	1.59	1.90	2.28
Línea de Base	1.11			

*Línea de base a 31 de diciembre de 2019

El objetivo de medir el resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación, es obtener un diagnóstico de la institución y de los procesos a mejorar, es decir, la identificación de aquellos procesos en los cuales la ESE debe concentrar sus esfuerzos, y priorizar las actividades de los planes de acción generados.

Para la aplicación de la metodología cualitativa, el equipo PAMEC en consenso, y después de ser capacitado, se realizó la revisión de cada uno de los 160 estándares de acreditación. En este proceso se identificaron las fortalezas de la institución, es decir, aquellos aspectos en los cuales la ESE ha trabajado y ha cumplido con los objetivos y debilidades para transformarlas en oportunidades de mejora.

Teniendo en cuenta los diferentes logros e indicadores de la instituciones evaluaron, de manera cuantitativa, los estándares de acreditación aplicando la herramienta de calificación de la hoja radar propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 2082 de 2014. Esta hoja radar incluye la asignación numérica del grado de avance de la institución en la implementación del estándar, de acuerdo con el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultado de los 160 estándares de acreditación del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, de los cuales aplican para la ESE 154 estándares.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

Para cada estándar se calificó con números enteros (1 a 5) cada una de las variables: sistematicidad y amplitud, pro actividad, ciclo de evaluación y mejoramiento; despliegue en la institución, despliegue al cliente interno y/o externo; pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación con otras IPS.

Según las recomendaciones de la Secretaría de Salud Departamental, se realiza el cálculo de la autoevaluación cuantitativa, implementando la metodología y la ponderación de resultados planteada por dicha entidad, según el peso porcentual de cada uno de los estándares aplicables a la ESE. La siguiente tabla los relaciona:

GRUPO DE ESTÁNDARES	ESTÁNDARES APLICABLES
Proceso de atención al cliente asistencial	70 ESTÁNDARES (de los 75 posibles, 5 no aplican)
Direccionamiento	13 ESTÁNDARES
Gerencia	15 ESTÁNDARES
Gerencia del talento humano	16 ESTANDARES (de los 17 posibles, 1 no aplica)
Gerencia del ambiente físico	11 ESTÁNDARES
Gestión de tecnología	10 ESTÁNDARES
Gerencia de la información	14 ESTÁNDARES
Mejoramiento de la calidad	5 ESTÁNDARES
TOTAL	154 ESTÁNDARES

*Fuente: Elaborada por el Área de Calidad, (2020)

Lo que significa que una vez se obtiene el promedio de la calificación cuantitativa de los 10 criterios del enfoque, la implementación y resultado de cada grupo de estándares, éste promedio se multiplica por el número de estándares aplicables a la ESE. Posteriormente se suma el resultado total de cada promedio y se divide en el número total de estándares aplicables a la ESE, se obtuvo una calificación de **1.11** para el 2020.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

N° 2Indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
Fórmula	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90
Proyección de la calificación	>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90
Línea de Base	0.90			

*Línea de base: a diciembre 31 de 2019

Para el 2020 se cuenta con el Plan Interno de Auditoría, adoptado por la resolución de gerencia 030 de enero de 2020, por medio de la cual se definió el cronograma y la metodología para su ejecución. Estas auditorías se realizan con los gestores de calidad certificados, que a su vez son los líderes de los procesos, en compañía y asesoría del equipo de calidad, ejecutan actividades de auditoría interna a procesos diferentes a los propios. Para el 2020 se tiene programado la ejecución de 10 auditorías a los procesos priorizados.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

N° 3	Indicador			
	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional			
Fórmula	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas/ Número de metas del Plan Operativo Anual programadas.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90
Proyección de la calificación	>=0.90	>=0.90	>=0.90	>=0.90
Línea de Base	>=0.90			

*Línea de base a diciembre de 2019.

El estándar establece que al cierre de cada vigencia, se habrá cumplido al menos el 90% de las metas formuladas en el Plan Operativo Anual, se deben desarrollar e implementar programas y proyectos complementarios que asociados a diferentes estrategias comerciales, garanticen la permanencia en el mercado, la integralidad del portafolio de servicios y la sostenibilidad empresarial en el sector.

Para la vigencia presente se busca obtener niveles que le aseguren a la ESE su permanencia, crecimiento y competitividad, velando por la productividad en términos de eficiencia y eficacia en el uso de sus recursos, por el mejoramiento de la situación de salud de la población atendida, por el fortalecimiento de los procesos de planeación, selección, mantenimiento, desarrollo integral y evaluación del talento humano, con el fin de contribuir al mejoramiento de su desempeño y generar una imagen diferenciadora y un posicionamiento en el mercado que permita incrementar su participación.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

4. Riesgo Fiscal y Financiero

N° 4Indicador	Riesgo fiscal y financiero			
Fórmula	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la Categorización del Riesgo.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
Proyección de la calificación	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo
Línea de Base	Riesgo Bajo			

*Línea de base Resolución 1342 de mayo de 2019

Desde la vigencia 2016, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez viene arrastrando una precaria situación de liquidez causada por altos pasivos por un valor de \$58.667 millones acumulados por varios años, situación que se evidencia en la Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que determina que la institución se encuentra en riesgo fiscal y financiero alto; como consecuencia de esta situación y de acuerdo con el artículo 81 de la Ley 1438, se obligó a formular un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, acorde con los lineamientos dados por el Ministerio de Hacienda y crédito público.

Durante la vigencia 2017 se elaboró el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero - PSFF-, el cual fue evaluado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y aprobado por la Junta Directiva de la ESE, mediante Acuerdo 11 del 18 de agosto de 2017. Este programa no fue ejecutado y por no contar con las fuentes ciertas de financiación para el pago de pasivos. Por esta razón fue remitido del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la Superintendencia Nacional de Salud.

La ESE elaboró el Plan de Gestión Integral del Riesgo -PGIR- aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 09 del 17 de agosto de 2018, presentado a la Superintendencia Nacional de Salud en un proyecto de 6 años, desde el 2018 a 2023, cuyo principal objetivo es el pago de los pasivos, que a diciembre de 2017 ascendían a \$50.750 millones de pesos, los cuales según el plan se priorizan de acuerdo con los lineamientos entregados por la Superintendencia Nacional de Salud en el siguiente orden: acreencias laborales; entidades públicas y las instituciones de seguridad social;

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

los proveedores de insumos y servicios para la producción de servicios de salud; e instituciones financieras y demás entidades, de carácter privado, mixto o público, sujetas a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera; los demás acreedores externos.

Categorización del riesgo Fiscal. En la estimación del riesgo se tiene en cuenta tanto la operación corriente como los pagos que se realizan a largo plazo (mayor a 360 días) con estos valores se calcula el déficit operativo total y se divide por el total de los ingresos operacionales, es decir, los ingresos corrientes y los ingresos a largo plazo. En el cálculo de los ingresos corrientes se toma el recaudo de la vigencia y se suma el 80% de la cartera menor a 180 días; para el cálculo de la operación a largo plazo se toma el 75% de la cartera entre 180 a 360 días y el 50% de la cartera mayor a 360 días.

En la vigencia 2016 se tuvo un déficit de 0,33 (**riesgo alto**), en el 2017 el déficit fue de 0,17 (**riesgo medio**) y para la vigencia 2018 fue de 0,077 (**riesgo bajo**).

La siguiente tabla los relaciona:

Año	Superavit o deficit de la operación corriente	Superavit o deficit de la operación No corriente	Superavit o Déficit Operacional Total	Ingresos Operacionales Totales	Indicador de Riesgo	Categorización de riesgo	Estandar de calificación
2018	-133.710.732	-4.904.121.470	-5.037.832.202	65.451.579.583	-0,077	Riesgo Bajo	M(Entre -0,01 y -0,10)
2017	-7.912.829.648	-566.576.941	-8.479.406.589	50.561.186.029	-0,17	Riesgo Medio	M(Entre -0,11 y -0,20)
2016	-38.401.411.904	20.131.153.534	-18.270.258.370	55.549.694.264	-0,33	Riesgo alto	M(<=-0,21)

*Fuente: Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social

De acuerdo con lo anterior y soportado en la Resolución No. 1342 de 29 de mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE es categorizada en riesgo bajo, lo que implica de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, salir del Riesgo fiscal y por lo tanto finaliza el proceso de la intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, tal como lo notifica esta entidad el día 20 de junio de 2019.

Dentro de las recomendaciones y estrategias presentadas para lograr permanecer en bajo riesgo, se tienen las siguientes:

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

Lograr el equilibrio financiero a través del incremento en venta de servicios, aumento del recaudo y racionalización de costos y gastos y pago de pasivos.

Los resultados financieros de la ESE a 31 de diciembre de 2019 muestran una utilidad operacional de \$2.257.075.000 que corresponde a un margen operacional de 3.8% y un excedente neto de \$8.662.248.000 que corresponde a un margen neto de un 14.7%.

Los resultados a 31 de marzo de 2020, muestran una pérdida operacional acumulada de \$85.932.000 y neta de \$293.655.000 millones de pesos. Disminuyendo así su margen operacional a -0.62 % y neto a -2.1%.

Desde el principio de este año, el mundo enfrenta una crisis no esperada por la epidemia causada por el Covid 19 que afecta todos los renglones de la economía y que de igual manera impacta seriamente la economía del país a tal punto que las proyecciones de variación del PIB en Colombia para el cierre de este año son negativas.

El Gobierno Nacional expidió el Decreto Presidencial 491 de marzo 28 de 2020, «Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional»

La emergencia sanitaria, social y económica que vive el país, afecta los estados financieros de un amplio sector de la economía y en el caso específico de los hospitales ha llevado a una disminución significativa de los ingresos por venta de servicios y a una presión en costos y gastos por la adquisición de equipos, elementos de protección personal y adecuaciones locativas requeridos para atender la contingencia.

En el caso específico de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, el impacto de la caída en los ingresos en el mes de abril fue del 50%.

En este contexto la ESE establece un plan con el fin de mitigar el impacto financiero de la epidemia; con estrategias enfocadas en la mejora de los ingresos, la contención de costo y del gasto, la gestión de recaudo de cartera, entre otras, para alcanzar el equilibrio y viabilidad económica y financiera de la entidad y mantener el riesgo financiero.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida(UVR)

Nº 5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida			
Fórmula	[[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 evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90
Proyección de la calificación	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90
Línea de Base	1.0			

*Línea de base: Ficha Técnica SIHO

Para la vigencia 2019 el resultado del indicador estuvo lejos de la meta propuesta.

Unidad de valor relativo (UVR). Las instituciones hospitalarias producen múltiples servicios. Con el fin de hacer comparaciones entre instituciones y ejercicios de eficiencia, una forma que facilita el ejercicio es agregar la producción en un solo dato. La unidad de valor relativo es otra forma de resumir en una misma dimensión los diferentes servicios que produce una institución hospitalaria, ya que pondera las diferentes actividades y en algunos servicios tiene en cuenta la complejidad del servicio prestado.

Esta fórmula fue adoptada de un estudio del DNP y se ha venido depurando e incluyendo nuevos servicios, buscando hacer más robusto su cálculo. Esta definición originalmente fue utilizada por el Instituto de Seguros Sociales para el cálculo del valor de los servicios hospitalarios en cada vigencia. La siguiente tabla las relaciona.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

VARIABLES	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Año anterior- Numerador	14.337,50	15.300,65	22.293,22	18.626,05	18.167,97	18.885,34
Año actual - Denominador	12.650,13	14.337,50	15.300,65	22.293,22	18.626,05	18.167,97
INDICADOR	1,133	1,067	1,457	0,836	0,975	1,039

*Fuente: Ficha técnica SIHO vigencias 2013 a 2019

Una vez se calculen las unidades producidas en UVR, se toma el total de gastos comprometidos de vigencia (gastos de funcionamiento y operación comercial) y se divide las UVR producidas en la vigencia.

Esta operación se realiza tanto en la vigencia actual como en la vigencia anterior, calculándose así, el valor relativo de cada unidad producida, para ser comparativo en cada uno de los años el valor se deflacta (es la operación por la cual una determinada cantidad de dinero se transforma, expresada en términos monetarios nominales en otra en términos reales; es decir, se transforma en moneda constante referida a un año concreto) y se lleva a precios del último año.

Dentro de las estrategias para el cumplimiento de este indicador se tienen las siguientes:

- Aplicar los lineamientos brindados por el sistema de información de costos hospitalarios aplicarlos como una fortaleza para encontrar el equilibrio económico en la producción, optimización de los recursos hospitalarios, análisis de minimización de costos, análisis de costo-beneficio, análisis costo-efectividad y análisis costo-utilidad.
- Reapertura y habilitación de servicios que actualmente no se están prestando y fortalecimiento de los que según análisis son más rentables para la ESE.
- Aumentar la producción, en todos los servicios, dar un manejo de unidades estratégicas de negocio a los diferentes centros de costos, con la intención de alcanzar objetivos y metas planteadas.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:

- Compras conjuntas
- Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado
- Compras a través de mecanismos electrónicos

Nº 6 Indicador	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras			
Fórmula	Valor total de 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 ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico			
	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
Estándar Propuesto	2020	2021	2022	2023
	>=0.70	>=0.70	>=0.70	>=0.70
Proyección de la calificación	>=0.70	>=0.70	>=0.70	>=0.70
Línea de Base	0.90			

*Línea de base: Ficha Técnica SIHO

Se observa que históricamente el comportamiento del indicador fue mejorando cada año, pasando de 0.74 en el año 2016, 0.76 para el 2017, para el 2018 se obtuvo un 0.95 y para el 2019 se alcanzó un 0.91. La siguiente tabla lo muestra.

RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2016	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019	CALIFICACIÓN
0,74	0,76	0,95	0,91	5
*Fuente: Matriz de calificación Circular 000408 de 2018 indicadores y estándar de evaluación				

La entidad se proyecta para en las vigencias 2020 al 2023, sostener el buen comportamiento de este indicador, continuando con la aplicación de mecanismos, como la plataforma electrónica de compras, la asociatividad cooperativa para compras, búsqueda de precios competitivos, calidad, cantidad y oportunidad asegurando la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras en general.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

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.

N° 7 Indicador	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			
Fórmula	A. 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. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de 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, en valores constantes)]			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
Proyección de la calificación	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación Negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
Línea de Base	CERO (0)			

*Línea base: Ficha Técnica del SIHO al 31 de diciembre: Ejecución Presupuestal al 31 de diciembre.

La institución viene cancelando oportunamente las obligaciones laborales y aunque no se cumple con el indicador al 100% dada la dificultad en flujo de caja para garantizar acreencias en prestaciones de servicio, se adoptarán políticas financieras para mejorar eficiencia que logre un impacto positivo y de acuerdo con la meta establecida.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.

N° 8Indicador	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS)			
Fórmula	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	4	4	4	4
Proyección de la calificación	4	4	4	4
Línea de Base	4			

*Línea base: Diciembre de 2019

De acuerdo con la Resolución 3374 de 2000, el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) reúne los datos básicos y mínimos que facilitan la relación entre prestadores y pagadores, sirve de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios de la institución y además, sirve al Ministerio de Salud como apoyo a la generación de planes, programas, estrategias y operaciones, o a la definición de políticas de bienestar colectivo.

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez está comprometida a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación de los servicios de salud y entrega oportuna de estos como soporte de la facturación.

El compromiso, además de garantizar lo exigido por norma, es mejorar la calidad en el registro, el sistema de información actual y los procesos que convergen para lograr el éxito en esta gestión.

Brechas encontradas en los diferentes procesos institucionales como, facturación, atención en salud, administrativos, capacitación entre otros, tendrán planes de mejora para lograr la calidad en el registro y consiguiente reporte.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

N° 9 Indicador	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
Fórmula	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.			
	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
Estándar Propuesto	2020	2021	2022	2023
	>=1.0	>=1.0	>=1.0	>=1.0
Proyección de la calificación	>=1.0	>=1.0	>=1.0	>=1.0
Línea de Base	0.93			

*Línea de base: Ficha Técnica del SIHO al 31 de diciembre: Ejecución Presupuestal al 31 de diciembre

En los últimos cuatro años la ESE no alcanza el resultado positivo en el equilibrio presupuestal con recaudo, como se muestra en la siguiente tabla.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA VARIABLE	2016	2017	2018	2019
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,61	0,88	0,83	0,94

*Fuente: Resolución 408 de 2018

El resultado de este indicador para el 2019 se aleja del cumplimiento de la meta que es >=1.0.

De acuerdo con las técnicas contables y después de un análisis de la información financiera de la institución se concluye, que es complejo para la ESE cumplir con este indicador, dado que el numerador tiene un porcentaje significativo de cartera de difícil recaudo, debido a que varias instituciones con las cuales hubo relación contractual y se prestaron servicios de salud se encuentran en liquidación, lo cual prolonga el tiempo de recuperación de esta cartera. Otra gran dificultad es que algunas de las entidades concilian la cartera pero no cumplen los acuerdos de pago, lo cual dificulta los ingresos recaudados; para el año 2019 con corte del 31 de diciembre las cuentas por cobrar de 91 a 180 días estuvo valorada en \$8.217.957.485 y un porcentaje del 15.32%; de 180 a 360 días con un valor de \$1.752.925.668 y un porcentaje de

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

3.27%; de 361 a 720 días con un valor de \$6.835.818.087 y un porcentaje de 12.74%; de 721 a 1080 con un valor de \$7.953.929.512 y un porcentaje de 14.82%; mayor a 1081 días con un valor de \$14.712.424.649 y un porcentaje de 27.42% representado por las empresas en liquidación (Saludcoop, Caprecom, Comfenalco, Soat, Consorcio SAYP, particulares y Cafesalud); este es un porcentaje muy significativo para el cumplimiento de este indicador, a lo que se suma la caída en los ingresos por venta de servicios por la pandemia Covid 19.

En el denominador de este indicador que corresponde a los gastos totales de la entidad, la ESE tiene en contra un porcentaje muy significativo de cuentas por pagar, lo que arrojó un resultado de 93.95% al 31 de diciembre de 2019. En estas cuentas por pagar, las cuentas de vigencias anteriores tienen una participación del 84%, lo que indica que estas últimas son el factor que impacta negativamente este denominador.

Este indicador en la ESE es de difícil cumplimiento debido a que existe desequilibrio entre la facturación por venta de servicios de salud, la cual no se logra recaudar a corto plazo, sino a mediano y a largo plazo y la causación de costos y gastos se realiza en el momento que se materialice el hecho económico por principio contable.

Para cumplir con este indicador la ESE se traza la meta de mejorar el recaudo, adoptando mejores técnicas y acuerdos sobre este al momento de la contratación de servicios de salud, al mismo tiempo disminuir el porcentaje de glosas en facturación, disminuir gastos y controlar los costos permanentemente, y que esto se evidencie en un equilibrio operacional entre el compromiso y el recaudo. Con estas variables controladas la ESE debe acercarse al cumplimiento de este indicador.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

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.

N° 10 Indicador	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			
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Proyección de la calificación	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Línea de Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

*Línea base Ficha Técnica del SIHO2019 Ministerio de Salud.

La Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Dirección de Inspección y Vigilancia para prestadores de Servicios de Salud Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, establece que como insumo para la elaboración del informe de gestión y Plan de Gestión de los Gerentes de las empresas sociales del Estado, se evalué este indicador con normatividad de la Circular Única la que homologa con la Circular Externa 016 de 2016.

Durante el año 2019 se cumplió con el reporte oportuno de la circular expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

El compromiso es continuar con el cumplimiento en dicho reporte y bajo la normatividad vigente, parte integral de las obligaciones medibles en el actual plan de gestión.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

N° 11 Indicador	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad Vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad Vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Proyección de la calificación	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Línea de Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

*Línea de base: Ficha Técnica del SIHO 2019 Súper Intendencia de Salud.

El Decreto 2193 de 2004, especifica un conjunto de información que debe ser reportada a las direcciones departamentales y distritales de salud con carácter trimestral.

Durante el año 2019 la ESE, cumplió con el reporte oportuno de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 y se pretende continuar con el reporte oportuno y los resultados del indicador y su consiguiente aporte al Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de contar con información financiera, técnica y administrativa de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que permitiera la toma de decisiones.

Dentro de las recomendaciones y estrategias que obligatoriamente se realizarán para dar cumplimiento al indicador:

- Diligenciar por cada una de las áreas responsables a la información trimestral requerida.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

- Realizar la validación de la información en la página WEB, verificando que no existan inconsistencias.
- Solicitar certificado de glosas sin responder.
- Verificar que la información este cargada en el Departamento y que se hayan anexado los soportes solicitados por esta entidad.
- Verificar antes del 30 de abril de cada año que la información anual este efectivamente cargada en el Ministerio, de lo contrario la ESE será categorizada en riesgo alto por no envió de información.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.

Se define la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención en salud de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no sólo el control del gasto.

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.

N° 12 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.			
Fórmula	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de la evaluación/Número Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de la evaluación.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Proyección de la calificación	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
Fuentes de información	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.			
Línea de Base	0,5			

* Línea de base diciembre de 2019

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
0,70	0,62	0,66	0,5

Con el ajuste realizado según la Resolución 408 de 2018 el indicador 12 en la fórmula: numerador y denominador se agrega que las atenciones son de la vigencia objeto de evaluación. En la fuente de información define los contenidos mínimos que debe

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

incluir el informe del Comité de Historias Clínicas.

Las guías de práctica clínica se pueden definir como el conjunto de directrices desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Teniendo presente esta línea de base y los hallazgos de la evaluación de la adherencia a la guía de SHAE, y aunque no se tenga el servicio de obstetricia habilitado, se definirán una serie de actividades en la metodología del plan de gestión, con el cual se establecen acciones en la práctica clínica que redundará en la atención segura a las usuarias.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Con el ajuste realizado según la Resolución 408 de 2018, el indicador 13 en la fórmula: numerador y denominador se agrega que las atenciones son de la vigencia objeto de evaluación. En la fuente de información define los contenidos mínimos que debe incluir el informe del comité de historias clínicas.

N°13 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida			
Fórmula	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/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.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
Proyección de la calificación	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
fuentes de información	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.			
Línea de Base	0,79			

* Línea de base diciembre de 2019

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
0,70	0,96	0,93	0,79

Para definir en el próximo cuatrienio el indicador a evaluar entre la primera causa de morbilidad atendida (EDA) o por primera causa de egreso (apendicitis aguda) se optó por esta última, teniendo presente el impacto que tiene en las diferentes áreas asistenciales, ya que la enfermedad diarreica es una patología más de urgencias y de manejo ambulatorio.

Por tanto, se deberá revisar la guía periódicamente, definir la metodología, según la matriz del plan de gestión clínica y asistencial.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

14. Oportunidad en la realización de Apendicectomía

Con el ajuste realizado según la Resolución 408 de 2018 el indicador 14 cambió en la fuente de información definiendo los contenidos mínimos que debe incluir el informe de la subgerencia Científica y la aplicación de la fórmula del indicador.

Nº14 Indicador	Oportunidad en la realización de Apendicectomía			
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
Proyección de la calificación	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9
fuentes de información	Informe de la Subgerencia Científica de la ESE, o de quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica, aplicación de la fórmula del indicador.			
Línea de Base	0,91			

* Línea de base a diciembre de 2019

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
0,98	0,95	0,92	0,91

Durante el periodo 2016 a 2019, al 100% de las historias de los casos con diagnóstico de apendicitis se les realizó medición de la oportunidad en la realización de la cirugía dentro de las primeras seis horas después del diagnóstico y definición de la conducta y plan de manejo por parte de los cirujanos. Como puede evidenciarse el indicador siempre estuvo por encima de la meta planeada del 0,9. A pesar del resultado, igualmente se identificaron algunos factores que afectaron el cumplimiento, lo que obliga a generar acciones de mejora para garantizar la atención segura en este y otros procedimientos quirúrgicos.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Con el ajuste realizado según la Resolución 408 de 2018, el indicador 15 cambió en la fuente de información definiendo quién debe realizar el informe y que el mínimo de información sea la aplicación de la fórmula del indicador. Además, trae un pie de página (3) que se refiere a referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, asignado por el Representante Legal. Resolución 2003 de 2014 estándar procesos prioritarios para todos los servicios o norma que la sustituya.

N°15 Indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.			
Fórmula	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación- Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
Proyección de la calificación	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
fuentes de información	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador. (3)			
Línea de Base	Cero (0)			

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
Cero (0)	NO REGISTRÓ EVENTOS	NO REGISTRÓ EVENTOS	NO REGISTRÓ EVENTOS

Desde la medición de este indicador del año 2012 al 2019 no se han presentado casos clínicos de esta patología, que en caso de presentarse se convertiría también en un evento adverso grave, por lo que se plantea implementar en la metodología del plan de gestión un protocolo de acciones preventivas para tenerlo controlado.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Con el ajuste realizado según la Resolución 408 de 2018 el indicador 16 cambió en la fuente de información definiendo quién debe realizar el informe (comité de historias clínicas) y cuál es el contenido mínimo del informe.

N°16 Indicador	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio			
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9
Proyección de la calificación	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9
Fuentes de información	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: Referencia del Acto Administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.			
Línea de Base	0,9			

* Línea de base a diciembre de 2019

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
0,92	0,93	0,92	0,90

Este indicador se ha mantenido por encima de la meta establecida en los cuatrienios 2012 a 2015 y 2016 a 2019; sin embargo, esta patología se caracteriza por tener actualizaciones permanentes en los diferentes consensos que anualmente se realizan por las asociaciones americanas y europeas del corazón, razón por la cual, a pesar de tener una buena evaluación de la adherencia a la guía, se establecerá en las acciones del plan de gestión la actualización de la guía y del instrumento de evaluación, su difusión y medición de manera periódica, con el fin de lograr un cumplimiento del 100% de indicador.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Con el ajuste de la Resolución 408 de 2018, el indicador 17 cambió en ambos componentes de la fórmula y se aclara que la información debe ser en la vigencia objeto de evaluación y quien debe realizar el informe. Trae el pie de página (3) que se refiere a referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, asignado por el Representante Legal. Resolución 2003 de 2014 estándar procesos prioritarios para todos los servicios o norma que la sustituya.

N°17 Indicador	Análisis de mortalidad intrahospitalaria			
Fórmula	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de la evaluación/Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de la evaluación.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9
Proyección de la calificación	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9
Fuentes de información	Informe de referente o Equipo institucional para la Gestión de 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. (3)			
Línea de Base	1			

*Línea de base enero a diciembre 2019

LINEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
1	1	1	1

La mortalidad es la fuente más antigua y común de datos sobre el estado de salud de la población, representan una fuente fundamental de información demográfica, geográfica y de causa de muerte, que se usan para cuantificar y determinar los problemas de salud, así como para definir estrategias y/o metas en los planes de prevención o intervención de las instituciones de salud pública.

A nivel hospitalario es uno de los indicadores de calidad asistencial empleado con más frecuencia, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

medida de la efectividad de la aplicación de los atributos de calidad en la intervención hospitalaria. En nuestro Hospital este análisis de la mortalidad se le realiza al 100% de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 Horas.

Se cuenta con una Comisión de Análisis de Mortalidad, conformada por el Subgerente Científico, coordinadores de urgencias y hospitalización, Médico Epidemiólogo y Médico Auditor de Calidad. Las reuniones son de periodicidad mensual, se analiza la totalidad de los casos. Se socializan durante el comité PAS.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría

N° 18Indicador	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría			
Fórmula	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada La cita/ Número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	<=5	<=5	<=5	<=5
Proyección de la calificación	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Línea de Base	NO APLICA			

Este indicador en la actualidad no aplica para la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, porque este servicio no se encuentra habilitado.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.

Con el ajuste de la Resolución 408 de 2018 el indicador 19 cambió en el nombre del indicador, la fórmula y la fuente del indicador. Antes se denominaba oportunidad en la atención ahora se denomina tiempo promedio de espera. También se agrega que la medición debe ser en la vigencia objeto de evaluación.

En la fuente de información se especifica que es la ficha técnica del SIHO y trae el pie de página (2) que se refiere a que el SIHO es el sistema de información de hospitales y corresponde a la información reportada por las IPS públicas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2014.

N°19 Indicador	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia			
Fórmula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	<=8	<=8	<=8	<=8
Proyección de la calificación	<=8	<=8	<=8	<=8
Fuentes de información	Ficha técnica de la Pagina web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)			
Línea de Base	1,9			

* Línea de base a diciembre de 2019

LÍNEA DE BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2017	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2018	RESULTADO PERÍODO EVALUADO 2019
2,44	2,24	1,98	1,92

La oportunidad para las citas de Gineceo-obstetricia ha estado desde el año 2016 dentro del estándar inferior a 8 días, establecido por norma. En el Norte del Valle de Aburra, la demanda de consulta por esta especialidad es baja y es cubierta con el recurso de especialista disponible por la institución.

	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

20. Oportunidad en la atención de medicina interna

N° 20Indicador	Oportunidad en la atención de medicina interna			
Fórmula	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
	<=15	<=15	<=15	<=15
Proyección de la calificación	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Línea de Base	NO APLICA			

Este indicador en la actualidad no aplica para la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, porque este servicio no se encuentra habilitado.



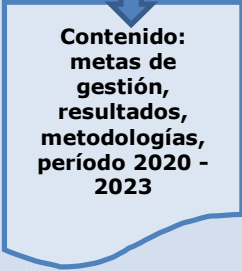
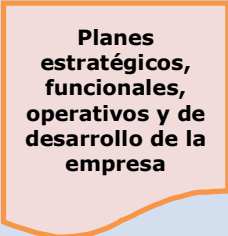
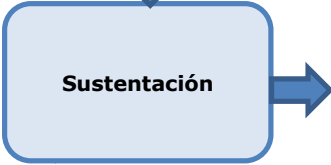

9.3 Fase de aprobación

- El Gerente presenta el Plan de Gestión para la vigencia a la Junta Directiva.
- La Junta Directiva analiza el Plan de Gestión presentado y hace las observaciones pertinentes.
- Firma de acuerdo de aprobación del Plan de Gestión.

**10. CONSOLIDACIÓN DE LAS METAS ANUALES PARA EL PLAN DE GESTIÓN
2020 – 2023**

Consolidado Metas Anuales Plan de Gestión 2020 a 2023 ESE Hospital Marco Fidel Suárez, Bello								
Área de Gestión	N°	Indicador	Línea de base	Metas anuales				
				2020	2021	2022	2023	
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,11	>=1,2	>=1,2	>=1,2	>=1,2	
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,90	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9	
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,90	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9	
Financiera y Administrativa	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,04	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos	0,91	>=0,70	>=0,70	>=0,70	>=0,70	
	7	Monto de la deuda superior a 20 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	
	8	Utilización de Información de Registro Individual de prestaciones- RIR-5	4	4	4	4	5	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,94	>=1,0	>=1,0	>=1,0	>=1,0	
	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 dentro de los términos previstos	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	
	11	Oportunidad en el reporte de Información en cumplimiento del Decreto 2192 de 2004 expedido en la sección 2, capítulo 4, título 2, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los Informes, en términos de la normatividad vigente	
	Gestión Clínica Asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	0,50	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
		13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,79	>=0,8	>=0,8	>=0,8	>=0,8
14		Oportunidad en la realización de Aparato estoma	0,91	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9	
15		Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espiratorias de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0)	NO REGISTRO EVENTOS	NO REGISTRO EVENTOS	NO REGISTRO EVENTOS	NO REGISTRO EVENTOS	
16		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	0,90	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9	
17		Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9	
18		Tiempo promedio de espera para asignación de cita de Pediatría	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	
19		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	1,92	<=2	<=2	<=2	<=2	
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado	No aplica, servicio no habilitado		

11. CRONOGRAMA DECRETO 357 DE 08 DE FEBRERO DE 2008

PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 2020 – 2023 ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ DE BELLO			
ACCIÓN	GERENTE	JUNTA DIRECTIVA	DOCUMENTOS
<p>PRESENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN El Gerente de la ESE presenta el plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión como Gerente.</p>	 <p>Presentación</p>		 <p>Plan de Gestión vigencia 2020 - 2023</p>
<p>CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN El plan de gestión contiene las metas de gestión y resultados relacionados con producción y mejoramiento en la calidad de la prestación de servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de recursos. El plan de gestión se ajusta a la metodología que define el Ministerio de la Protección Social.</p>	 <p>Contenido: metas de gestión, resultados, metodologías, período 2020 - 2023</p>		 <p>Planes estratégicos, funcionales, operativos y de desarrollo de la empresa</p>
<p>ESTUDIO – AJUSTES – SUSTENTACIÓN - PARTICIPACIÓN DEL GERENTE COMO INVITADO Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión, la Junta Directiva lo estudiará, lo ajustará, si lo considera pertinente, y lo aprobará. De no hacerlo durante este lapso, se entenderá aprobado el plan de gestión inicialmente presentado por el Gerente. Durante las sesiones de estudio del plan de gestión, el Gerente participa en la Junta Directiva como invitado y sustenta el plan de gestión propuesto.</p>	 <p>Sustentación</p>	 <p>Estudio y/o Ajustes</p>	



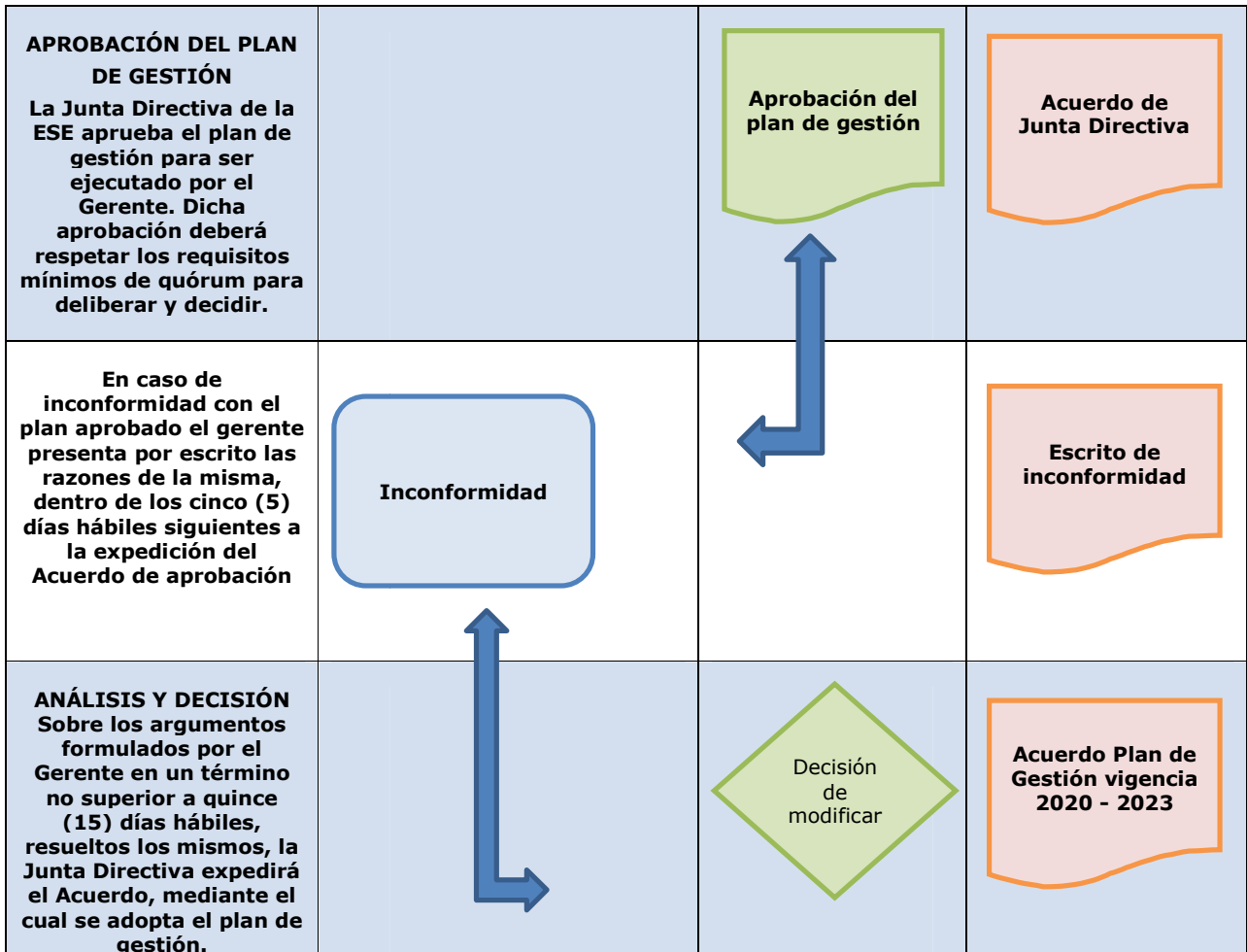
**PLAN DE GESTIÓN
2020-2023**

Código: DG-11.02

Versión: 01

Fecha de Actualización:
Mayo de 2020

Elaboró: Equipo Directivo



*Fuente: Adaptado con base en el Decreto 357 de 2008, (2020)

ISAURO BARBOSA AGUIRRE
Gerente

 <p>ESE Hospital Marco Fidel Suárez Compromiso de Vida</p>	PLAN DE GESTIÓN 2020-2023	Código: DG-11.02
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: Mayo de 2020
		Elaboró: Equipo Directivo

REVISIÓN Y APROBACIÓN		
ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Nombre: Equipo Directivo	Nombre: Lency Naranjo Zuluaga	Nombre: Isauro Barbosa Aguirre
	Cargo: Contratista Asesora Plan de Gestión	Cargo: Gerente ESE

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CAMBIO	RESPONSABLE
01	Mayo de 2020	Creación del documento	Equipo Directivo

ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ

COMPROMISOS y ACTIVIDADES

PLAN DE GESTIÓN 2020-2023

Objetivo: Describir los compromisos y actividades que se ejecutarán para alcanzar las metas planteadas al final del período gerencial.

Área: Dirección y Gerencia

AREA DE GESTIÓN	INDICADORES	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES
Dirección y Gerencia	1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Garantizar la ejecución del PAMEC con el personal idóneo y capacitado	Garantizar personal idóneo y competente para liderar el proceso de autoevaluación y PAMEC
			Consolidar el equipo PAMEC, por medio de actividades de formación en Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad
		Realizar la ejecución de la ruta crítica del PAMEC en el periodo establecido y según la vigencia de éste	Estructurar e implementar un sistema de gestión documental a nivel institucional que permita el control del sistema y su trazabilidad.
			Evidenciar la implementación de la autoevaluación de los diferentes estándares de direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad
		Implementar los estándares del Sistema único de Acreditación según la normatividad vigente	Definir el nivel cuantitativo y cualitativo de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el período. Teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado.
			Hacer seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros y oportunidades de mejora por cada uno de los grupos de estándares.
			Diseñar estrategias para el seguimiento y control de la ruta crítica del programa de auditoría.
		Realizar el despliegue del aprendizaje organizacional o todos los niveles de la ESE	Garantizar que los colaboradores de la ESE conozcan los resultados obtenidos dentro del aprendizaje organizacional, por medio del despliegue efectivo de la información
			Retroalimentar a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.
			Mantener actualizado el sistema de gestión documental a nivel institucional que permita el despliegue de la información a todos los niveles de la organización y por lo tanto la estandarización de los procesos y procedimientos

	2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Diseñar y ejecutar el plan de auditorías interno para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Ejecutar a cabalidad el cronograma de auditorías internas prioritizadas , con los gestores de calidad de la institución
			Diseñar e implementar los instrumentos y la metodología para la ejecución del plan de Auditoría
			Realizar la medición del desempeño de cada una de las auditorías propuestas según los estándares establecidos por la institución
			Formular y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento a los hallazgos de las auditorías internas en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo
			Formular y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento a los hallazgos de las auditorías externas de las partes interesadas que orientan a la institución en la mejora continua de la calidad
	Evaluar el impacto de los planes de mejoramiento implementados en la ESE	Diseñar mecanismos de monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento generados a partir de las auditorías	
		Evaluar la satisfacción del del cliente externo para conocer el impacto en el usuario y su familia de las acciones de mejoramiento emprendidas	
	3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Gestionar la formulación del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2020-2023 con definición de metas por objetivos estratégicos	Formular el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2020-2024 y definición de metas por objetivos estratégicos
			Formular los planes operativos para cada período
			Efectuar seguimiento y control periódico y sistemático a cada uno de los planes operativos.
Implementar las herramientas e indicadores de desempeño para el monitoreo desde los niveles operativos, tácticos y estratégicos.			

ÁREA: Financiera y Administrativa

AREA DE GESTIÓN	INDICADORES	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES
<p>Financiera y administrativa</p>	<p>4. Riesgo fiscal y financiero</p>	<p>Consolidar un presupuesto anual según el Decreto 115 de 1996, de acuerdo al recaudo, garantizando un equilibrio entre ingresos y gastos</p>	<p>Actualizar y monitorear las políticas financieras de la ESE</p> <p>Elaborar el plan de adquisición de bienes y servicios <u>anualmente</u></p> <p>Realizar los comites asesores y directivos para la toma de <u>decisiones</u></p> <p>Realizar mediciones mensuales del cumplimiento de metas presupuestales en ingresos, costos y gastos</p>
		<p>Programa de Uso eficiente de los recursos</p>	<p>Formalizar la política de austeridad</p>
		<p>Ejercer y controlar el proceso de contratación</p>	<p>Realizar seguimiento al uso racional de los recursos institucionales por parte del cliente interno</p>
		<p>Ejercer y controlar el proceso de contratación</p>	<p>Revisar y dar cumplimiento al manual de contratación de la ESE</p>
		<p>Ejercer y controlar el proceso de contratación</p>	<p>Mantener actualizada la ejecución de los diferentes contratos</p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Actualizar y ajustar el proceso de facturación de la ESE de acuerdo a la normatividad vigente</p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Implementar la auditoría concurrente con el componente de preauditoría de cuentas.</p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Capacitar al personal del área asistencial en control y calidad del dato de los registros clínicos para la dismunucion del <u>porcentaje de glosas</u></p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Auditoría a los <u>módulos</u> de la historia clínica electrónica</p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Garantizar personal idóneo y competente en los procesos de facturación</p>
		<p>Gestionar el proceso de facturación, cartera, glosas y auditoría</p>	<p>Retroalimentar e intervenir las <u>causales de glosas</u></p>
		<p>Aplicar la normatividad vigente para el cobro de cartera</p>	<p>Realizar cronograma de conciliación de cartera, glosas y devoluciones con las diferentes entidades responsables de <u>pago</u></p>
		<p>Aplicar la normatividad vigente para el cobro de cartera</p>	<p>Revisar y aplicar las políticas de cartera para empresas y <u>particulares</u></p>
		<p>Aplicar la normatividad vigente para el cobro de cartera</p>	<p>Fortalecer el proceso juridico para el cobro de las facturas en no acuerdo con las entidades responsables de pago</p>
	<p>Aplicar la normatividad vigente para el cobro de cartera</p>	<p>Circularizar las cuentas por cobrar</p>	
	<p>Gestionar los pagos</p>	<p>Circularizar los proveedores para conciliar las cuentas por <u>pagar</u></p>	
	<p>Gestionar los pagos</p>	<p>Realizar una adecuada planeación de pagos</p>	
	<p>5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida</p>	<p>Gestión de los costos de producción</p>	<p>Monitorear permanentemente la matriz de calificacion y <u>categorizacion del riesgo</u></p>
		<p>Gestión de la productividad</p>	<p>Medición e intervención de los costos por servicios y por <u>actividades</u></p>
		<p>Gestión de la productividad</p>	<p>Definición de estándares de productividad basados en <u>capacidad instalada</u></p>
<p>Auditoría a la calidad del dato</p>		<p>Identificar la fuente para para obtener la producción por cada uno de los servicios</p>	
<p>Auditoría a la calidad del dato</p>	<p>Diseñar fichas técnicas para controlar los indicadores de producción</p>		

	6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	Políticas claras para compras	Realizar seguimiento al subproceso de compras
			Hacer buen uso de los mecanismos de compras electronicas, cooperativas, en la adquisicion de insumos farmaceuticos a precios mas competitivos
			Continuar con el proceso de aprobación de las necesidades del servicio farmaceutico en el comité de contratacion y compras
			Diligenciar las fichas técnicas de los indicadores
	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	Contar con los recursos monetarios disponibles para atender las obligaciones financieras.	Mejorar continuamente los niveles de recuperación de cartera
			Realizar el estudio de suficiencia del talento humano basado en la capacidad instalada, los servicios ofertados y la demanda
			Elaborar el plan de pagos y las estrategias para su cumplimiento
			Evaluar la capacidad financiera de las agremiaciones previamente a la contratacion, para garantizar el pago por concepto de salarios
	8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	Gestionar los informes de RIPS para la toma de decisiones	Unificar la calidad del dato y las fuentes de información
			Analizar la información de tal manera que permita la caracterización de la población y las ventas institucionales.
			Establecer planes de acción y su seguimiento
	9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	Incrementar los ingresos del Hospital a través del cierre de oportunidades de nuevos contratos con clientes corporativos	Desarrollar la Gestión de mercadeo
Fortalecer el portafolio institucional para incursionar en la prestación de servicios que permitan mejorar el acceso, brindar un servicio más integral y aprovechar al máximo la capacidad instalada			
Gestionar la cartera		Aperturar servicios competitivos que nos ayuden a maximizar nuestra utilidad operacional	
		Controlar el porcentaje de glosas capacitando permanentemente a nuestros facturadores y soportar las atenciones en la historia clinica debidamente	
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	Gestionar la oportunidad y la calidad de los informes	Cumplir con el analisis y diligenciamiento de la información	
		Incluir en el plan de auditorías la evaluación de la calidad del dato de los informes reportados	
		Monitorear la percepción del cliente interno con respecto al desempeño del sistema de información, e inducir mejoras con base en los resultados	
		Diseñar las fichas técnicas en las que se pueda tener claridad acerca de las responsabilidades frente al indicador	
		Actualizar y monitorear el tablero de mando, para la rendición oportuna de la información	
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			

AREA DE GESTIÓN	INDICADORES	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES
Gestión clínica asistencial	<p>12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.</p> <p>13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.</p>	<p>Que se articulen y coordinen acciones interinstitucionales y entre procesos para desarrollar y mejorar la atención en las patologías prioritarias.</p>	<p>Que se asegure un modelo de atención técnico científico, basado en la seguridad del usuario y la gerencia del riesgo a través de la identificación de acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales</p> <p>Revisar y actualizar las guías de práctica clínica, normas técnicas de atención basadas en evidencia científica, y se apliquen de manera estandarizada, siguiendo los lineamientos del Ministerio de salud y del Sistema único de habilitación.</p> <p>Implementar un programa de capacitación e inducción para el conocimiento de guías de práctica clínica, normas técnicas, protocolos y procedimientos de atención, para todo el personal (sin importar la modalidad de contratación)</p> <p>Garantizar la trazabilidad a la adherencia de las Guías de práctica clínica, implementando el sistema de información y monitoreo.</p>
	<p>14. Oportunidad en la realización de Apendicectomía.</p> <p>15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.</p> <p>16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).</p> <p>17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.</p>	<p>La aplicación efectiva del modelo integrado de prestación de servicios de salud sobre los grupos de riesgo priorizados, debe contribuir a la prevención, mitigación de los riesgos y mejora de las condiciones de salud de esta población</p>	<p>Diseñar estrategias de despliegue y socialización para la notificación espontánea de casos</p> <p>Búsqueda activa de casos con diagnósticos al egreso de CIE 10</p> <p>Que se diseñen y ejecuten programas permanentes de auditoría que permita evaluar la adherencia a procesos, guías de práctica clínica y protocolos de atención. Seguimiento a la ejecución, e intervención con base en los hallazgos.</p> <p>Que se estandaricen las guías integrales, procedimientos y protocolos de atención con base en evidencia científica disponible.</p> <p>Que se estandaricen los procesos de atención para disminuir la frecuencia de eventos adversos que puedan evitarse o prevenirse</p> <p>Parametrizar la trazabilidad del proceso de remisión del paciente con IAM en el software de historia clínica</p> <p>Desarrollar, desplegar y monitorear la adherencia a las guías de atención basadas en evidencia para los servicios de hospitalización, urgencias y cirugía.</p> <p>Estandarizar las fichas técnicas de los indicadores</p>
	<p>18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.</p> <p>19. Oportunidad en la atención gineco- obstétrica.</p> <p>20. Oportunidad en la atención de medicina interna.</p>	<p>Que se garantice la prestación de servicios de salud oportunos, seguros humanizados, enmarcados en estándares óptimos de calidad y fundamentados en la mejor evidencia disponible.</p>	<p>Analizar la oferta y demanda de los servicios , a la luz de las contrataciones y la disponibilidad del talento humano</p> <p>Diseño, implementación y monitoreo de indicadores de oportunidad y puntualidad para los servicios de consulta especializada, e intervención de los procesos de atención con base en los hallazgos.</p>