



EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2023

Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro

Luis Carlos Mejía Quiceno

Gerente 2020-2024

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL	7
INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2023	8
1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	8
INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	8
INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	8
INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	9
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	10
2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	12
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	12
INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	13
INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	14
INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	15
INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS	15
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	16
INDICADOR 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	17

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	17
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	18
3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	20
INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.	20
INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	21
INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	21
INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL	22
INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)	22
INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	23
INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA	23
INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA	24
INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	24
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	25
MATRIZ DE CALIFICACIÓN	26

MIEMBROS DE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA	
JORGE HUMBERTO RIVAS URREA	Acalde y Presidente
ADRIANA CATERINA OROZCO GONZÁLEZ	Secretario de Salud
LAURA EMILSE MARULANDA TOBÓN	Representante Estamento Político
JONH JAIRO RIVERA TAMAYO	Representante del Gremio Productivo
ANA CECILIA ORTIZ ZAPATA	Representante del Gremio Productivo
OSCAR ADRIAN GARCIA GONZALEZ	Representante Profesionales de la Salud
MATEO DE JESÚS QUINTERO	Representante de la Comunidad
JOHN FREDY RESTREPO PINEDA	Representante del Estamento Científico
EDINSSON JARAMILLO JARAMILLO	Representante del Estamento Científico

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro es una institución de segundo nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud y cabeza de red de 23 municipios del oriente antioqueño. En el 2017, el 15 de septiembre entra en funcionamiento la Sede Gilberto Mejía Mejía donde se prestan servicios de primer nivel de complejidad.

El compromiso de la gerencia fue obtener resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social; apoyar la definición, articulación y priorización de los objetivos, con el fin de plantear de forma explícita la estrategia de la institución e implementar indicadores de evaluación de desempeño de conformidad con la normativa vigente y en el marco de los principios, políticas y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social y la Política Nacional de prestación de servicios con accesibilidad, eficiencia y calidad.

Este informe de evaluación de Plan de Gestión enuncia las acciones generales que la Gerencia implemento para alcanzar las metas, articuladas al Plan de Desarrollo y el plan de acción para la vigencia en los que se definen en forma detallada cada una de las acciones, dentro de la línea estratégica que corresponda.

Según lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013 que establece que para la ESE solo aplicaran los indicadores que le correspondan según su nivel de atención, independientemente de que tenga servicios habilitados de diferentes niveles de complejidad.

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 se presenta la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2023, teniendo en cuenta las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de

los servicios, presentándolos de una forma cuantitativa mediante el reporte de los resultados obtenidos en los indicadores de gestión y cualitativa mediante la descripción de los logros alcanzados, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2023.

INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL

ÁREA DE GESTIÓN	Nº INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUAL
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%
Asistencial o Clínicos 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	5%
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	5%
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5%
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3%
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	2%

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2023

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1.1	1.1
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Documento de las autoevaluaciones de las vigencia evaluada (Anexo 2) y vigencia anterior (Anexo 3) (Anexo 1)	$2.39 / 2.10 = 1.13$	1	

Logros y análisis comparativo

La variación en la autoevaluación determina el nivel de avance e impacto en las actividades ejecutadas en cada ciclo PAMEC, para el 2023 se dio cumplimiento a dicha programación permitiendo mejorar la calificación en un 1.13 acorde con los recursos disponibles.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo una calificación de 1, dado que el aumento en la calificación de los estándares de acreditación fue de 1.13, un aumento acorde con las mejoras implementadas a nivel institucional.

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	0.93	0.96
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 4)	$26 / 27 = 0.96$	5	

Logros y análisis comparativo

La estandarización de acciones de mejora (actividades) es un pilar fundamental en la mejora continua de los procesos, esto fomenta la eficiencia, la seguridad y la calidad del resultado final que es la satisfacción de nuestros usuarios, para el ciclo 2023 podemos rescatar la implementación de un espacio de aprendizaje “martes de academia” que permite la capacitación de nuestro personal y el estar actualizado en los procedimientos de la institución, también revisamos el formato que nos permite conocer la satisfacción de nuestro personal frente a lo que reciben a nivel de capacitaciones, se implementaron rondas para el seguimiento de los pacientes del programa de farmacovigilancia, lo cual permite tener identificado y evaluar posibles riesgos asociados con el uso de medicamentos y a tomar medidas para minimizar esos riesgos. Entre otras actividades que nos permiten el mejoramiento continuo de nuestros procesos, a las cuales se les hace seguimiento para que todo nuestro personal se adhiera a ellas y no se pierdan con el paso del tiempo.

Motivo de desviaciones

Se alcanzó la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0.91	0.91
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del responsable de planeación de la ESE que debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (si/no) y el cálculo del indicador (Anexo 5)	$179 / 197 \times 100 = 91.6\%$	5	

Logros y análisis comparativo

Para la vigencia 2023 se alcanzó el 91% al igual que en el 2022, se continuó con la estrategia de seguimiento mensual de forma personalizada e informe semestral para

publicación en la sección de transparencia y acceso a la información, de igual forma se articularon las actividades con las estrategias propias de cada área logrando alcanzar la meta propuesta.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Formulación del plan del plan de acción general y por áreas, articulado con el plan de gestión y de desarrollo institucional para el cuatrienio de gerencia y los requerimientos del Modelo integrado de planeación y gestión.

- El plan de acción fue construido de forma participativa con todos los líderes de los procesos acorde con los proyectos institucionales y los objetivos estratégicos como directrices oficiales de gerencia, su seguimiento se realizó de forma semestral con cada uno de los responsables.
- Se integraron las diferentes planes y programas con sus respectivas actividades en cumplimiento de los planes estratégicos institucionales en el marco del Modelo integral de planeación y gestión, además de las diferentes áreas que integran cada uno de los procesos con el fin de involucrar a todos los niveles.
- Se evaluó el cumplimiento del plan operativo anual 2023 por cada línea estratégica y por programas de forma semestral, con seguimiento vía correo electrónico a cada líder de las actividades asignadas.
- Fortalecimiento de los programas de seguridad del paciente, control de infecciones y grupos interdisciplinarios para el despliegue de estrategias en pro de los requerimientos de programas de ley que a su vez propenden por el desarrollo de la institución con enfoque de habilitación.

Implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento

- Se capacitó sistemáticamente a todos los colaboradores en la Resolución 5095 de 2018 metodología de autoevaluación, priorización y selección de procesos, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 del mismo año.
- Se conformó el equipo de autoevaluación según los estándares de acreditación y la disponibilidad del personal, se realizó la capacitación del grupo y se guió en la metodología de implementación en cada una de las etapas.

- Se realizó el reporte oportuno de la información requerida en la Circular 012 de 2016.
- Durante el ciclo PAMEC del año 2023, se identificaron diferentes oportunidades de mejora por cada estándar en el proceso de autoevaluación que fue realizado en la primera etapa de la ruta crítica tomando como base los 160 estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario; de estos estándares se priorizaron 5, de los cuales surgieron 27 acciones de mejora, para las cuales se realizó seguimiento periódico y sistemático a los planes de mejoramiento.
- Se actualizó la calificación cualitativa mediante la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
- Se documentó el Aprendizaje organizacional y se presentó a los directivos y líderes de procesos.

Fortalecimiento del Sistema de Información Institucional

- Se actualizó un cuadro de mando de indicadores de gestión y de seguimiento institucional, para esta vigencia más en generación de tendencias y establecimiento de alertas de desviación para la elaboración de los planes de mejora.
- Se realizaron los reportes de los indicadores en la plataforma establecida de forma oportuna.

Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión.

- Se estructuró el cronograma de auditorías de calidad para cada año de acuerdo al quinto paso de la ruta del PAMEC, formular los planes de mejoramiento y verificar la ejecución y el seguimiento.
- Se fortaleció el equipo de la calidad para el acompañamiento en el desarrollo de los planes de mejora identificados.
- Se establecieron responsables de cada estándar priorizado para proporcionar la información de la medición para el seguimiento y se articularon los planes de mejora con los diferentes planes institucionales para garantizar un mejoramiento consistente.

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	RIESGO BAJO
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizados en Riesgo medio o alto (Anexo 6)	No aplica	NA	

Logros y análisis comparativo

La categorización del riesgo fue suspendida por el Artículo 6 de la Resolución 856 "hasta el término de la emergencia sanitaria", esto estuvo vigente hasta el 30 de junio de 2022, teniendo presente que la última categorización se había formalizado mediante la Resoluciones 1342 de 2019, donde dejaba al hospital en categoría SIN RIESGO, se generó una nueva categorización del riesgo realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2023 mediante la Resolución 851 de 2023, en la cual se ubicó al hospital en categoría RIESGO BAJO, indicando una alerta para el estado financiero de la institución para el fortalecimiento de estrategias desde el área financiera para llevar nuevamente al hospital a la categoría Sin Riesgo, no obstante, esta nueva categorización indica que para la vigencia 2023 este indicador no aplica, por lo cual se tiene en cuenta el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013, el cual establece que:

"Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

"Artículo 3. Estándares e indicadores de evaluación. Para la evaluación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los Gerentes o Directores.

Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresas Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador, definida en el Anexo No. 3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE"

Motivo de desviaciones

Este indicador no aplica para la vigencia, dado que la categorización fue Riesgo Bajo.

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación}) / (\text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación})]}{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación}) / (\text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})]}$	<0,9	1.06	0.90
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 7)	21.593,52 / 23.773,97= 0.90	3	

Logros y análisis comparativo

No es posible tener la información de la fuente de información definida en la Resolución 408 de 2018, el cual corresponde a la ficha técnica generada por el SIHO, dado que se solicitó realizar un ajuste en una información de salarios para poder enviar la información y desde la seccional no se ha realizado, si bien se puede generar la ficha técnica en el aplicativo, no se tienen los datos de los indicadores 5 y 9 requeridos para esta evaluación, al final de la ficha se indica que la información del año 2023 se encuentra en proceso de verificación y certificación.

No obstante, con la información rendida en el aplicativo SIHO, se puede obtener el estimado de este indicador, el cual en este caso sería de 0.90, con una calificación de 3. Teniendo presente los siguientes datos del 2023:

Gasto de funcionamiento = 60.567.725,72

+

= 75.061.304,58

Gastos de operación comercial y prestación de servicios =
14.493.578,86

Se estima el Número de UVR producidas en 3.476.102,90 con el valor de UVR por actividad registrada en el formulario de producción, con el archivo de Calculo de UVR descargado del aplicativo Pisis, posteriormente se realiza el cálculo, así:

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido = 75.061.304,58

= 21.593,52

Número de UVR producidas = 3.476.102,90

Obteniendo el valor de 2023 a dividir con el generado para la vigencia 2022 en la ficha técnica del SIHO.

Si bien, con esta información se genera el cálculo del indicador, con calificación de 3, teniendo presente que no se cuenta con la fuente de información oficial requerida, se define registrar en la matriz de calificación de 0.

Motivo de desviaciones

La evolución del gasto se afecta por realizar compromisos mayores recursos para la atención de los pacientes, pero no se recauda lo esperado por dichas atenciones y el compromiso queda superior al recaudo.

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de ESE. (c) Compras a través de mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	$\geq 0,7$	0.91	0.84
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, debe contener el 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra, 2. Valor por otros mecanismos, 3. Valor total de adquisiciones y 4. Aplicación de la formula (Anexo 8)	$8.117.563.626 / 9.615.767.235 = 0.84$	5	

Logros y análisis comparativo

Se estandarizo el uso de la plataforma OKA para la compra de medicamentos, lo cual ofrece transparencia y competitividad a los proveedores, inicialmente fue difícil lograr que algunos proveedores accedieran, pero ya se encuentra totalmente instaurada.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	Cero (0) o variación negativa	Variación interanual positiva	Variación interanual positiva
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el caculo del indicador (Anexo 9)	$8.394.631.345 - 2.775.618.877$ $=$ $5.619.012.468$	0	

Logros y análisis comparativo

En los dos últimos años se ha presentado una variación positiva en monto de la deuda por concepto de contratación de servicios dado que el flujo de caja ha disminuido a causa de la dificultad en el recaudo con las EPS y diferentes aseguradores, esto generado a su vez por la situación del sistema de salud para todos los actores del mismo. En cuanto a los salarios del personal de planta, estos se han realizado los pagos oportunamente.

Motivo de desviaciones

No se ha logrado obtener un recaudo oportuno que genere le flujo de caja para tener a menos de 30 días las obligaciones por concepto de contratación de servicios.

INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto d evaluación.	4	4	4
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces que contenga fecha de informes presentados, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó, 2) Actas de Junta Directiva (Anexo 10)	4	5	

Logros y análisis comparativo

Se incluyo dentro de la programación anual de la Junta Directiva la presentación de la información de RIPS por parte de la Subgerente Científica, con el análisis de la misma y las decisiones que pueden sustentar la misma, se realizaron con periodos trimestrales y bimestrales en el segundo.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.	≥ 1	0.86	0.73
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 7)	$68.922.108.021 / 93.450.824.280 = 0.73$	0	

Logros y análisis comparativo

No es posible tener la información de la fuente de información definida en la Resolución 408 de 2018, el cual corresponde a la ficha técnica generada por el SIHO, dado que se solicito realizar un ajuste en una información de salarios para poder enviar la información y desde la seccional no se ha realizado, si bien se puede generar la ficha técnica en el aplicativo, no se tienen los datos de los indicadores 5 y 9 requeridos para esta evaluación, al final de la ficha se indica que la información del año 2023 se encuentra en proceso de verificación y certificación.

No obstante, con la información generada por presupuesto, misma que se rinde en el aplicativo SIHO, se puede obtener el estimado de estos indicadores, el cual en este caso sería de 0.73, con una calificación de 0.

En los últimos dos años no ha sido posible mejorar este indicador por el bajo recaudo de diferentes vigencias por la situación general de los asegurados y el sistema de salud.

Motivo de desviaciones

La desviación se presenta debido al difícil recaudo presentado en la vigencia 2023 tanto de los servicios prestados en la vigencia como el recaudo de la cartera de vigencias pasadas.

INDICADOR 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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte no oportuno	Reporte oportuno
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 4)	NA	5	

Logros y análisis comparativo

Se responsabilizo al personal líder de área de los reportes correspondientes a esta información, realizando recordatorio por correo electrónico y notificaciones automáticas desde el calendario de proveedor de correo a cada responsable.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Reporte oportuno
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 11)	NA	5	

Logros y análisis comparativo

Se responsabilizo al personal líder de área de los reportes correspondientes a esta información, realizando recordatorio por correo electrónico y notificaciones automáticas desde el calendario de proveedor de correo a cada responsable. Se diligencian los validadores enviados para cotejar la información de la Supersalud con lo registrado en el aplicativo SIHO.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- En el año 2023 se inició la ejecución del contrato para el cambio del Software Institucional, con el cual se optimizan y mejoran los procesos internos en cada una de las áreas tanto asistenciales como administrativas; unificando la información de ambas sedes y trabajando en línea, de esta manera se tiene la información en tiempo real.
- En este año las finanzas se han visto afectadas debido a la cuentas por cobrar que se tiene con las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas, donde fue determinante el hecho de las intervenciones realizadas a varias EPS con quienes contrata el Hospital, tales como Savia Salud, y la liquidación de varias de ellas entre las que se encuentran Ecoopsos y Coomeva, con lo cual afecta de manera significativa el flujo de caja en la entidad para poder cubrir las obligaciones presentes adquiridas con empleados, contratistas y proveedores. Adicionalmente con condición se hace mucho más difícil la transferencia de recursos, toda vez que las autorizaciones de pagos son en diferentes instancias, hasta que Adres gira.
- Esto representa una baja significativa de ingresos, que permite el funcionamiento mínimo del Hospital, pero no le facilita posibilidades de inversiones importantes como se venían realizando y que son necesarias para poder ser competitivos en estos momentos de tanta incertidumbre.
- El Hospital, de todas maneras, ha propendido porque su proceso financiero y contable se fortalezca, sustentado en cumplimiento de las normas aplicables y en la generación de información financiera y presupuestal válida, oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones.
- Se realizaron los ajustes pertinentes a la información contable y financiera la cual se mantiene actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales.
- Se realizaron los reportes oportunos de información a los entes de control y vigilancia.
- Se propendió durante la vigencia por garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los recursos frente a los pagos generados, pero fue difícil por cuanto los acreedores no pagaron lo debido. Es importante resaltar que el hospital no puede apalancar financieramente gastos de otras instituciones y en este sentido espera que los pagos fluyan tal y como son pactados en los contratos suscritos. En este tema hay que avanzar más para que las finanzas de la institución no se afecten por razones externas que no corresponden a sus obligaciones.
- Se realizan programaciones de pagos a fin de mantener unas cuentas por pagar saneadas. Se controlan los egresos y la racionalización del gasto a fin de que con

recursos propios se logra mantener un buen funcionamiento. Se continua con la gestión administrativa y financiera que propenda por el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados, con austeridad en el gasto y una gestión de cartera eficiente para aumentar los recaudos.

- Se optimizó del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios.
- Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.
- Se verifica permanentemente la rentabilidad de los servicios a fin de establecer posibles causas de bajas rentabilidades y de esta manera se controlan los gastos y costos de cada uno de ellos. En la contratación del recurso humano se tiene en cuenta que la actividad a desarrollar está ligada con un proyecto nuevo o un proceso en mejoramiento.
- Se vienen implementando mecanismos tendientes a generar mayor número de citas, atención a la mayor cantidad de pacientes y facturación en el menor tiempo posible a fin de disminuir carteras y recaudar mayores ingresos corrientes.
- Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de la ESE con el personal de Planta y con los Contratistas, mejorando el flujo de recursos y la recuperación de la cartera
- La cartera se mantiene en la medida de lo posible conciliada con las diferentes EPS.
- Se fortalecieron las relaciones con las EPS, para mejorar el flujo de recursos.
- Se gestionó de forma eficiente las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.
- Se actualizó y depuro la cartera actual.
- Mantener el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados.
- Se realizó la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo
- Se controlan los gastos y se realiza programación de pagos de manera mensual a fin de mantener saneadas estas cuentas por pagar
- Optimizar el proceso de facturación.
- Se busca llegar a facturar al día en la mayoría de los casos.
- La radicación también mejoró con el ánimo de tener la totalidad de las facturas en manos de las EPS, para facilitar la gestión de glosas y devoluciones.

3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
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 y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnostico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	0.93	0.98
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 12)	$91 / 92 \times 100 = 98.9\%$	5	

Logros y análisis comparativo

Se determino un médico para realizar la auditoria de adherencia a las guías, en un instrumento en línea que se ha revisado y mejora en el transcurso del tiempo, de igual forma los resultados o desviaciones se han abordado con el médico tratante

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
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 Diagnostico 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 Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	0.95	0.98
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 13)	$182 / 185 \times 100 = 98.3\%$	5	

Logros y análisis comparativo

Se determino una enfermera para realizar la auditoria de adherencia a esta guía, en un instrumento en línea que se ha revisado y mejora en el transcurso del tiempo, de igual forma los resultados o desviaciones se han abordado con el médico tratante

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	0.90	0.90
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomía 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 (Anexo 14)	$258 / 286 \times 100 = 90.2\%$	5	

INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (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)	Cero (0), ó variación negativa	0	0
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 15)	0	5	

Logros y análisis comparativo

No se han presentado este tipo de eventos, se lleva un control en la atención de todos los usuarios frente a la implementación de barreras de seguridad.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del 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 del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	1	0.9
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del Comité de historias Clínicas que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador. (Anexo 16)	$45 / 50 \times 100 = 90\%$	5	

Logros y análisis comparativo

Se realiza seguimiento y auditoria de adherencia por un médico, quien hace retroalimentación al personal de salud cuando se presentan desviaciones y fallas en las barreras de seguridad.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	1.0	1.0
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga el análisis de cada una de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 17)	$73 / 73 \times 100 = 100\%$	5	

Logros y análisis comparativo

Se definió un médico para realizar el análisis de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, el cual se articula con el equipo de seguridad del paciente para la implementación de planes de mejora cuando se identifica un caso de mortalidad prevenible.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	4.2	3,056
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 7)	$978 / 320 = 3.056$	5	

INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
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 el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	4.91	3,774
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 7)	$1068 / 283 = 3,774$	5	

INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2023
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	1.1618	1,349
Fuente de información	Cálculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 7)	$3415 / 2532 = 1,349$	5	

Logros y análisis comparativo

Para dar cumplimiento a los indicadores de oportunidad se definió la oferta máxima para cada asegurada y se implementaron procesos de trámite interno, además de una recepción de solicitudes de citas por medio del formulario de la página web, el cual es gestionado acorde a la disponibilidad, capacidad instalada y riesgo.

Motivo de desviaciones

Se alcanzo la máxima calificación para el indicador, no se presentaron desviaciones.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

- Se continua con la articulación de los líderes de los servicios en las metodologías de implementación de los paquetes instruccionales, lo cual fortalece la cultura institucional de seguridad.
- Se desarrollaron las rondas interadministrativas con participación clave en seguimiento a eventos e incidentes con medicamentos.
- Se implementaron estrategias dinámicas para el desarrollo de los paquetes instruccionales en todos los niveles de la institución.
- Se realiza reporte, medición y gestión de los eventos adversos.
- Se realizaron auditorias de los requisitos de habilitación, para identificar brechas que se hubieran generado y se definen y hace seguimiento a las acciones preventivas y barreras de seguridad.
- Se realizó seguimiento permanente a la Adherencia a guías de atención, mediante la auditoría concurrente y posterior a la atención: Primera causa de egreso, Oportunidad en Apendicectomía, Neumonías bronco aspirativas en pediatría, Atención del paciente con infarto agudo del miocardio y Análisis de la mortalidad hospitalaria.

Garantizar la oportunidad en la atención

- Se fortalecieron los canales de comunicación para la asignación de citas permitiendo tramites por la página web y mejora de la comunicación telefónica.
- Se realizó seguimiento de la oferta a cada asegurador para mejorar la demanda insatisfecha y dar trámite a las autorizaciones de mayor tiempo, dando continuidad a la implementación de estrategias de trámite interno para promover la disminución de trámites para los usuarios.
- Se fortaleció la comunicación con los gestores de los municipios para evitar los trámites para los usuarios de los municipios más lejanos.

Se implementaron herramientas tecnologías para el acceso a citas que permiten agilizar dicho trámite a los usuarios y facilitar la gestión de agenda institucional.

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.1	1.1	1	0.05	0.05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0.93	0.96	5	0.05	0.25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0.91	0.91	5	0.10	0.50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	RIESGO BAJO	NO APLICA	0.0	NO APLICA
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1.06		0	0.057	0.00
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0.91	0.84	5	0.057	0.29
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	0	0.057	0.00
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	4	4	5	0.057	0.29
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.86		0	0.057	0.00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	0	0.057	0.29
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	5	0.057	0.29
Gestión Clínica o asistencial	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	1.00	0.98	5	0.07	0.35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de	0.93	0.98	5	0.05	0.25

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*l
		egreso hospitalario o de morbilidad atendida					
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	0.90	0.90	5	0.05	0.25
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0.05	0.25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	1.00	0.92	5	0.05	0.25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1.00	1.00	5	0.05	0.25
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	4.2	3.05	5	0.03	0.15
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	4.9	3.77	5	0.03	0.15
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	1.6	1.34	5	0.02	0.10
					CALIFICACIÓN		3.94
		CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN:	IGUAL O SUPERIOR AL 70%		RESULTADO	SATISFACTORIA	