

PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016-2020

Formulación de las metas de gestión y 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 de salud y al Ministerio de salud; plan constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o Asistencial.

LUIS MARÍA OTÁLVARO SÁNCHEZ

Gerente

*RESOLUCIONES
0710 DE 2012 Y
0743 DE 2013*

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN	6
1.1 RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO	6
2 MARCO NORMATIVO	7
2.1 PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 27 DE LA LEY 1122 DE 2007	7
2.2 ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1122 DE 2007	7
2.3 LEY 1438 DE 2011 REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL	8
2.3.1 ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES.....	8
2.3.2 ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL	8
2.3.3 ARTÍCULO 74. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL	8
2.3.4 RESOLUCIÓN 0710 DEL 30 DE MARZO DE 2012.....	9
2.3.4.1 ARTÍCULO 1. OBJETO	10
2.3.4.2 ARTÍCULO 2. ADOPCIÓN DE CONDICIONES Y METODOLOGÍA.....	10
2.3.4.3 ARTÍCULO 3. ESTÁNDARES E INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	10
2.3.4.4 ARTÍCULO 4. RESPONSABLES	10
2.3.4.5 ARTÍCULO 5. VIGENCIA Y DEROGATORIAS	10
2.3.5 RESOLUCIÓN 0743 DE 2013.....	10
3 INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL	12
4 INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y FÓRMULA PARA EL CÁLCULO	13
4.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	13
4.1.1 INDICADOR 1: MEJORAMIENTO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	13
4.1.2 INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	13
4.1.3 INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	14
4.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	14
4.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	14
4.2.2 INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	15
4.2.3 INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	15
4.2.4 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	16

4.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES	
RIPS.....	16
4.2.6 INDICADOR 9: EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.....	17
4.2.7 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
4.2.8 INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	18
4.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	18
1.1 INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.....	18
4.3.1 INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.....	19
4.3.2 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.....	19
4.3.3 INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	20
No se presentaron casos en la vigencia 2015.....	20
4.3.4 INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	20
4.3.5 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	21
4.3.6 INDICADOR 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA.....	21
4.3.7 INDICADOR 19: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE GINECO OBSTETRICIA.....	22
4.3.8 INDICADOR 20: OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	22
5 CUADRO 1: INDICADORES -LÍNEA BASE – OBSERVACIONES.....	23
6 CUADRO 2: LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES GENERALES POR INDICADOR.....	27
7 CUADRO 3: LÍNEA BASE Y METAS POR AÑO.....	33

MIEMBROS DE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DOCTOR ANDRÉS JULIÁN RENDÓN CARDONA
Acalde y Presidente

DOCTORA DIANA MARIA MEJIA VALENCIA
Secretaria de Salud

DOCTOR RODRIGO HERNÁNDEZ ALZATE
Secretario de Hacienda

MONSEÑOR IVÁN CADAVID OSPINA
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR HERNANDO BEJARANO ARISMENDI
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR FRANCK ANTONIO JIMÉNEZ SALAZAR
Representante Profesionales de la Salud

DOCTOR EDGAR ÁLVAREZ CASTRO
Representante de la Comunidad

DOCTORA ADRIANA MARGARITA RIAÑO TORRES
Representante del Estamento Científico

ENFERMERO CARLOS MARIO GIRALDO
Representante Estamento Científico

EQUIPO DE TRABAJO DE LA ESE

CYNTIA TERESA MOGOLLÓN JAIMES
Asesora de Calidad

LILIANA RODRÍGUEZ ZULETA
Técnica Operativa

EDINSON JARAMILLO JARAMILLO,
Coordinador Asistencial

LUIS MARÍA OTÁLVARO SÁNCHEZ
Gerente

1 INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las normas vigentes, Resoluciones 0710 de 2012 y 0743 de 2013, se reglamenta la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, desarrollando los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011, en los que se establece la obligatoriedad de presentar un plan de gestión de Gerencia en un lapso no mayor a treinta días hábiles después de la posesión.

El plan de gestión a ejecutar por parte del Gerente debe contener las metas de gestión y 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; en ese orden de ideas este plan está constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o asistencial. Para el efecto se han adoptado en su totalidad los formatos y tablas propuestas en las Resoluciones 0710 de 2012 y 0743 de 2013

Este documento recoge los aspectos objeto de la evaluación y los compromisos de la Gerencia y su equipo Directivo frente a su gestión, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2015.

1.1 RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO

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

El compromiso de la gerencia es el de incorporar en el plan de desarrollo institucional aquellos elementos indispensables para el cumplimiento de la misión y el logro de la visión:

Calidad: Principio fundamental del servicio, enfocados en el desarrollo de un modelo de gestión fundamentado en la calidad de la prestación de los servicios y basados en la gestión de la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios como una meta de desarrollo.

Humanización del servicio: Prestar servicios de salud con un profundo respeto por el usuario por su dignidad y por su condición.

Mercadeo como factor diferenciador: Desarrollar un mercado de acuerdo a las condiciones del medio actual y del entorno en que se encuentra la ESE, generando competitividad que permita el posicionamiento de la Empresa y el desarrollo de nuevos productos y mercados.

Eficiencia administrativa y financiera: Objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsará la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

2 MARCO NORMATIVO

2.1 PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 27 DE LA LEY 1122 DE 2007

Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, *nombramiento, evaluación y remoción de gerentes*, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

2.2 ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1122 DE 2007

De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. ... Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los *indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento*,...

2.3 LEY 1438 DE 2011 REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL

2.3.1 ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley.

2.3.2 ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

2.3.3 ARTÍCULO 74. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.

Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

2.3.4 RESOLUCIÓN 0710 DEL 30 DE MARZO 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.

2.3.4.1 ARTÍCULO 1. OBJETO

La presente resolución tiene por objeto adoptar 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 y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

2.3.4.2 ARTÍCULO 2. ADOPCIÓN DE CONDICIONES Y METODOLOGÍA

Adóptense 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 y su evaluación por parte de la Junta Directiva, contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, así:

- Anexo No. 1 Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión
- Anexo No. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión
- Anexo No. 3 Instructivo para la calificación
- Anexo No. 4 Matriz de calificación
- Anexo No. 5 Escala de resultados

2.3.4.3 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 del componente de la gestión clínica o asistencial no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida en el anexo No.3 se distribuirá equitativamente entre los demás indicadores que se encuentren dentro de dicho componente.

2.3.4.4 ARTÍCULO 4. RESPONSABLES

Los miembros de la Junta Directiva y los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán responsables por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución. Su incumplimiento acarreará las sanciones previstas en las normas disciplinarias vigentes.

2.3.4.5 ARTÍCULO 5. VIGENCIA Y DEROGATORIAS

Deroga la Resolución 0473 de 2008 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

2.3.5 RESOLUCIÓN 0743 DE 2013

Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Los cambios contenidos en esta resolución, en relación con la 0710 de 2012 son los siguientes.

Periodo evaluable: Se establece que no es evaluable el periodo si el gerente no ejerció su cargo la totalidad de la vigencia, lo que implica que en condiciones normales el primer año no es evaluable, por empezar en marzo. *“Artículo 3, La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1° de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior. Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia”.*

Indicador N° 1, Acreditación en salud: Discrimina tres escenarios posibles, entidades acreditadas, entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior y entidades no acreditadas, sin autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador N° 2, Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo: Complementa el denominador que queda *“Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC”.*

Indicador N° 4, Riesgo fiscal y financiero: Modifica los criterios de evaluación, sólo da dos opciones:

“Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO O MEDIO y no fue adoptado el programa de saneamiento fiscal y financiero”.

Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO O MEDIO y adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero”:

Indicador 5, Evolución del gasto por UVR producida, se redefine el numerador, “Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de evaluación”, en la resolución 0710 se incluían todos los gastos comprometidos en la vigencia, sin incluir cuentas por pagar.

Indicador N° 13, Adherencia a la guía de atención de la primera causa de egreso, se define que las historias a auditar deben constituir una muestra representativa.

3 INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL

ÁREA DE GESTIÓN	N° 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	Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría.	3%
	19	Oportunidad en la atención Gineco- Obstétrica	3%
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	2%

4 INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y FÓRMULA PARA EL CÁLCULO

4.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación, de la ESE

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
2	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	$\geq 0,90$	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud

4.1.3 INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
3	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas /Número de metas del Plan Operativo anual programadas	≥0,90	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional

4.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
4	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	categorizada SIN RIESGO	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social

La categorización del riesgo ha sido realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y se ha formalizado mediante las resoluciones que se relacionan a continuación:

Resolución MSYPS	2012 Res. 2509	2013 Res.1877	2014 Res. 2090	2015 Res.1893
Categorización del riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo

De acuerdo a esta categorización, y según lo estipulado en la Resolución 0743 de 2013, este indicador no aplica, a menos que cambie a "RIESGO MEDIO" o "RIESGO ALTO".

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
5	[(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 UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya. Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

VARIABLE	2012	2013	2014	2015
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Resolución 710 de 2012)	1,02	1,07	0,96	1,07

Fuente: SIHO, Caracterización de IPS. 2016

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
6	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de ESE. (c) Compras a través de mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥0,70	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE

4.2.4 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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
7	[(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)]	Cero (0) o variación negativa	Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE

El comportamiento de la deuda en cada vigencia es el siguiente:

AÑO	2012	2013	2014	2015
Resultado del Indicador	\$522.640.279	0	0	\$1.947.643.684

Fuente: Informes Área Financiera.

4.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS.

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
8	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva

Se han presentado oportunamente los informes relacionados con este indicador.

4.2.6 INDICADOR 9: EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
9	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥1,00	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya

El comportamiento del indicador se resume así:

VARIABLE	2012	2013	2014	2015
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Resolución 710 de 2012)	0,86	0,99	0,99	0,79

Fuente: SIHO, Caracterización de IPS 2016

4.2.7 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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
10	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

Se ha presentado oportunamente los informes semestrales a la Superintendencia Nacional de Salud.

Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
ANEXO 1: REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 743 DE 2013
INDICADOR N° 10 - AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
VIGENCIA 2015

MIT	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	RAZON SOCIAL	NIVEL	ESTADO REPORTE I SEM. 2015	FECHA REPORTE I SEM.	PERIODO	ESTADO REPORTE II SEM. 2015	FECHA REPORTE II SEM.	PERIODO
800.176.889	ANTIOQUIA	RIONEGRO	ESE HOSPITAL GILBERTO MEJIA MEJIA	1	OPORTUNO	30/07/2015	jun-15	OPORTUNO	23/09/2015	dic-15
890.907.254	ANTIOQUIA	RIONEGRO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO - ANTIOQUIA	2	OPORTUNO	13/07/2015	jun-15	OPORTUNO	22/09/2015	dic-15

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
11	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social

Se ha presentado oportunamente los informes trimestrales, semestrales y anuales exigidos por del Decreto 2193 de 2004.

4.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
12	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/ 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.	≥0,80	Informe del comité de Historias clínicas de la ESE.

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
13	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 / 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	≥0,80	Informe del comité de Historias clínicas de la ESE.

4.3.2 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
14	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/ Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥0,90	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
15	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	Comité de calidad o quien haga sus veces

No se presentaron casos en la vigencia 2015.

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

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
16	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico /Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia.	≥0,90	Comité de calidad o quien haga sus veces

4.3.5 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
17	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	≥0,90	Comité de mortalidad hospitalaria o quien haga sus veces

4.3.6 INDICADOR 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
18	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.	≤5	Superintendencia Nacional de Salud



Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
ANEXO 2: REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 743 DE 2013
INDICADORES N° 18, 19, 20, 21 - CLINICA ASISTENCIAL
VIGENCIA 2015



MUNICIPIO	PRESTADOR	NIVEL	I SEMESTRE 2015				II SEMESTRE 2015			
			Md Gene	Gineco	Pediatr	Md Inter	Md Gene	Gineco	Pediatr	Interna
RIONEGRO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO - ANTIOQUIA	2	NR	11,95	6,70	48,85	0,00	12,59	9,38	9,85

PRIMER SEMESTRE: 6,7 DÍAS
SEGUNDO SEMESTRE: 9,38 DÍAS

No se alcanza en estándar de menos de 5 días.

4.3.7 INDICADOR 19: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE GINECO OBSTETRICIA

No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
19	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 médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución.	≤8	Superintendencia Nacional de Salud



Superintendencia Nacional de Salud
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
ANEXO 2: REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 743 DE 2013
INDICADORES N° 18, 19, 20, 21 - CLINICA ASISTENCIAL
VIGENCIA 2015



MUNICIPIO	PRESTADOR	NIVEL	I SEMESTRE 2015			II SEMESTRE 2015				
			Md Gene	Gineco	Pediatrí	Md Intern	Md Gene	Gineco	Pediatrí	Interna
RIONEGRO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO - ANTIOQUIA	2	NR	11,95	6,70	48,85	0,00	12,59	9,38	9,85

PRIMER SEMESTRE: 11,95 DÍAS
SEGUNDO SEMESTRE: 12,59 DÍAS


No se alcanza en estándar de menos de 8 días.


4.3.8 INDICADOR 20: OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA


No.	Formula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
20	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.	≤15	Superintendencia Nacional de Salud


PRIMER SEMESTRE: 48,85 DÍAS
SEGUNDO SEMESTRE: 9,85 DÍAS
No se alcanza la meta de ≤15

5 CUADRO 1: INDICADORES -LÍNEA BASE – OBSERVACIONES


		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO N° 1: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013		
Área de Gestión	No	INDICADOR	LÍNEA BASE A 31 DE DICIEMBRE 2015	OBSERVACIONES
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,2	La calificación del año 2014 fue de 2,04 y la de 2015 de 2,45 arrojando un indicador de 1,2 Este avance del 20% en la calificación no esta claramente soportado en las acciones de mejoramiento.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,94	No se cuenta con la estandarización de las auditorías internas de calidad. No se ha definido cronograma anual de auditorías para el año 2016
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,92	El Plan de Desarrollo institucional fue formulado para el periodo 2012 – 2016. Se ha cumplido con la ejecución mayor al 90%


		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO N° 1: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación..)		
Área de Gestión	No	INDICADOR	LÍNEA BASE A 31 DE DICIEMBRE 2015	OBSERVACIONES
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo	La Resolución 1893 de 2015 categoriza a la institución "SIN RIESGO" La Resolución 2184 de mayo de 2016 mantiene esta misma categorización. Por lo tanto este indicador no aplica para el plan de gestión.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,07	Este indicador tiene una meta difícil de alcanzar, disminuir un 10% anual el valor de la UVR implica disminuir los costos de producción o producir más a menos costo, no se ha logrado en los últimos cuatro años.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2 Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	1,0	Se ha certificado que el 100% de los medicamentos y el material médico quirúrgico se adquieren por medios electrónicos. La interpretación del indicador se hacía en forma inadecuada, realmente no se compraba por medios electrónicos válidos.
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Variación interanual positiva	La deuda al finalizar la vigencia 2015 por concepto salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios ascendió a \$1.947.643.684
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	No sean presentado dificultades con el cumplimiento de este indicador


		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO N° 1: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación...)		
Área de Gestión	No	INDICADOR	LÍNEA BASE A 31 DE DICIEMBRE 2015	OBSERVACIONES
Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,79	Garantizar que el 100% de los gastos de cada vigencia sean cubiertos con recaudos efectivos puede resultar difícil en el escenario en el que se encuentra la institución en este momento, afectada por la falta de flujo de recursos y el aumento de la cartera, la tendencia en los últimos tres años ha sido al deterioro de este indicador, en el 2013 y el en el 2014 se alcanzó un 0,99 cercano a la meta, ya en 2015 el resultado del 0,79 evidenciando la dificultad para cubrir los gastos con los recaudos realizados.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte oportuno	Sin dificultades para cumplir con este indicador
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Reporte oportuno	Sin dificultades para cumplir con este indicador
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	0,97	Se ha alcanzado la meta, en la vigencia 2015 se auditaron 255 historia clínicas y se encontró adherencia en el 97,2 de ellas.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,95	Se auditaron 1083 historias correspondientes a la atención del parto vértice espontáneo, con un porcentaje de adherencia del 95%


		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016– 2020 CUADRO N° 1: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación....)		
Área de Gestión	No	INDICADOR	LÍNEA BASE A 31 DE DICIEMBRE 2015	OBSERVACIONES
Gestión Clínica o asistencial 40% (Continuación....)	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	0,9	Sin dificultades para cumplir con este indicador
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	No se han presentado casos.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	1,0	Sin dificultades para cumplir con este indicador
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1,0	Sin dificultades para cumplir con este indicador, se presentaron 48 muertes que fueron analizadas en el Comité.
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	7,8 días	No se cumple con el estándar para este indicados (menos o igual a 5 días)
	19	Oportunidad en la atención gineco- obstétrica.	11,5 días	No se cumple con el estándar para este indicados (Menor o igual a 8 días)
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	24,2 días	No se cumple con el estándar para este indicados (Menor o igual a 15 días)


CUADRO 2: LOGROS A ALCANZAR Y ACTIVIDADES GENERALES POR INDICADOR


 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RIONEGRO PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
DIRECCIÓN O GERENCIA	<p>Definir e implementar un modelo de gestión organizacional que involucre las perspectivas internas, del cliente, financiera y de innovación.</p> <p>Formulación y ejecución del Plan de Desarrollo</p> <p>Articular Plan de Desarrollo y Plan de Gestión.</p>	<p>Formular y ejecutar el plan de desarrollo institucional para el cuatrienio, formular los planes de acción general y por áreas, articulados con el plan de gestión de gerencia.</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios para el monitoreo al cumplimiento del plan de acción general del Plan de Desarrollo y a los planes de acción por áreas.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de los planes operativos anuales por cada línea estratégica y por programas.</p>
	<p>Avanzar en la implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento.</p>	<p>Capacitar sistemáticamente a todos los colaboradores en la Resolución 0123 de 2012 metodología de autoevaluación, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 del mismo año.</p> <p>Avanzar en la implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformar equipos de autoevaluación según los estándares de acreditación y la disponibilidad del personal. • Realizar un cronograma para la aplicación de la autoevaluación que permita hacer seguimiento a esta actividad. <p>Afianzar en todo nivel institucional el Nuevo Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.</p> <p>Actualizar el enfoque que da cumplimiento a los estándares que aplican acorde con Decreto 903 y la Resolución 2082 de 2014</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RIONEGRO PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
DIRECCIÓN O GERENCIA (Continuación...)	Avanzar en la implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento.	<p>Desarrollar la etapa de autoevaluación y mejoramiento de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2082 de 2014, utilizando los manuales de acreditación adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Fortalecer el Seguimiento periódico y sistemático a los planes de mejoramiento.</p> <p>Comunicar los avances en Mejoramiento Continuo.</p> <p>Actualizar en cada vigencia 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.</p> <p>Actualizar en cada vigencia la calificación cuantitativa mediante la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados de acuerdo con la escala de calificación definida en el artículo 7 de la Resolución 2082 de 2014.</p>
	Fortalecer el Sistema de Información Institucional.	<p>Actualizar y fortalecer el Sistema de Información dando cumplimiento a la Resolución 0256 de 2016, y dar continuidad al monitoreo de los indicadores de la Circular Única.</p> <p>Estandarizar el proceso y establecer mecanismos para la validación de la información.</p> <p>Realizar capacitación continua a los colaboradores.</p> <p>Desarrollar cronograma de reporte de información, responsables y mecanismos para verificar el cumplimiento.</p> <p>Implementar un cuadro de mando de indicadores institucional disponible para consulta que permita manejar a todas las áreas la misma información.</p>


 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2012 – 2016 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación...)</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
DIRECCIÓN O GERENCIA (Continuación...)	Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión	<p>Definir 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.</p> <p>Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el grupo de auditores en las diferentes áreas para realizar verificaciones permanentes en cada proceso frente a seguridad del paciente y el seguimiento al desarrollo de acciones de mejora. Retroalimentar constantemente a los líderes de cada proceso en cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas en las auditorías. Fomentar la cultura del autocontrol.
FINANCIERA O ADMINISTRATIVA	Fortalecer el proceso financiero y contable, 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.	<p>Mantener la información contable y financiera actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales.</p> <p>Establecer mecanismos de control y auditoría sobre la información.</p> <p>Cumplir oportunamente con el reporte de información a los entes de control.</p>
	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.	<p>Realizar una gestión gerencial, 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.</p> <p>Cumplimiento de la normatividad y los mejores estándares de calidad.</p> <p>Optimización del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios.</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación...)</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
FINANCIERA O ADMINISTRATIVA (Continuación...)	<p>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.</p>	<p>Optimizar la producción mediante ampliación de la oferta y óptima utilización de la capacidad instalada. Gestión de la contratación y seguimiento al comportamiento financiero de estos. Evaluación permanente de la producción de servicios frente a los recursos invertidos. Ajustar los gastos a la producción de servicios en lo relacionado con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud. Garantizar el equilibrio presupuestal de tal forma que los recaudos cubran los gastos en cada vigencia Búsqueda de la eficiencia en términos de lograr más producción a menos costo.</p>
	<p>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.</p>	<p>Optimizar las relaciones con las EPS, para mejorar el flujo de recursos. Gestión eficiente de las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente. Actualizar y depurar la cartera actual. Optimizar la gestión de cobro aplicando los mecanismos legales para garantizar el recaudo. Adelantar el 100% de las conciliaciones de cartera no reconocida mayor a un año.</p>
	<p>Establecer una política de racionalización del gasto en lo relacionado con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.</p>	<p>Fomentar la cultura del autocontrol, con una política de austeridad verificando y monitoreando la utilización de los recursos. Realizar un monitoreo constante al comportamiento de los costos y gastos hospitalarios.</p>
	<p>Mantener el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados.</p>	<p>Realizar la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo.</p>
	<p>Optimizar el proceso de facturación.</p>	<p>Garantizar la educación continuada y la competencia del personal a cargo de la facturación. Realizar auditoría al proceso para evitar las glosas y devoluciones. Garantizar la presentación oportuna de la facturación.</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación...)</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
CLÍNICO ASISTENCIAL	Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social	<p>Dar cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en buenas prácticas de seguridad del paciente: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plataforma Estratégica de la Seguridad • Fortalecimiento de la cultura institucional • Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos • Procesos Seguros <p>Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Prevenir las úlceras por presión. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea. Seguimiento a la Adherencia a guías de atención, mediante la auditoría concurrente y posterior a la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primera causa de egreso. ✓ Oportunidad en Apendicectomía. ✓ Neumonías bronco aspirativas en pediatría. ✓ Atención del paciente con infarto agudo del miocardio. ✓ Análisis de la mortalidad hospitalaria.

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016 – 2020 CUADRO 2: RESOLUCIÓN 0743 DE 2013 (Continuación...)</p>		
ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS	ACTIVIDADES GENERALES
CLÍNICA O ASISTENCIAL (Continuación..)	Garantizar la oportunidad en la atención.	Dar continuidad a la oferta de servicios para alcanzar el tiempo de oportunidad en la asignación de citas de Pediatría, Ginecología y Medicina Interna, definiendo claramente cuál es la capacidad de oferta Institucional.

6 CUADRO 3: LÍNEA BASE Y METAS POR AÑO

 <p style="text-align: center;">E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016- 2020 CUADRO N° 3</p>								
Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2016	2017	2018	2019	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,2	0,8	1,11	1,11	1,11	La ultima evaluación correspondiente al año 2015 arrojó un valor de 2,5, para el 2016 se realizara una actualización de la calificación de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 y la Resolución 2082 de 2014. Lo esperado en una reducción significativa en la calificación que pudiera ser del 20%. Por esa razón se fija la meta 2016 en 0,8, esperando que para los tres años siguientes se logre un avance del 11% anual.
Dirección y Gerencia 20%	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	0,94	0,9	0,9	0,9	0,9	El comportamiento de este indicador se ha dado dentro del estándar esperado, el programa de auditoría se ha formulado acorde al quinto paso de la ruta de implementación del PAMEC y se ha verificado el cumplimiento de los planes de mejoramiento.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	0,92	0,9	0,9	0,9	0,9	El comportamiento de este indicador se ha dado dentro del estándar esperado.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – RIONEGRO ANTIOQUIA
PLAN DE GESTIÓN DE GERENCIA 2016- 2020
CUADRO N° 3

Área de Gestión	No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
				2016	2017	2018	2019	
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero.	SIN RIEGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	La institución continúa categorizada como "SIN RIESGO" por lo que este indicador no aplica
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,07	0,9	0,9	0,9	0,9	Aunque en la vigencia 2015 no se alcanzó la meta del 0,9 se continúa con esta misma meta la cual se espera alcanzar con las medidas de optimización del uso de los recursos y aumento de la producción manteniendo costos razonables que permitan un margen de contribución mayor por venta de servicios.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.	1,0	0,7	0,7	0,7	0,7	No se han presentado dificultades para el cumplimiento con este 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.	Variación interanual positiva	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	El cumplimiento de este indicador ha sido difícil por las condiciones del sistema de salud y las dificultades para el flujo de recursos, sin embargo continuamos con la meta de estar al final de la vigencia al día en los pagos con el apoyo del gobierno Departamental y al Dirección Seccional de Salud que están facilitando la contratación y mejorando la oportunidad de los pagos.

Área de Gestión		No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
					2016	2017	2018	2019	
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	4	4	4	4	4	No se han presentado dificultades para el cumplimiento con este indicador.	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,79	0,9	0,9	0,9	0,9	La tendencia de este indicador en los últimos cuatro años está por debajo del estándar esperado del 1,0 Se espera mejorar el los ingresos recaudados y acercarnos al estándar deseado, sin embargo la meta de 0,9 se ajusta más a la realidad.	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador	
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador	

Área de Gestión		No	Indicador	línea base	META POR AÑO				COMENTARIO A LA META
					2016	2017	2018	2019	
Clínica o asistencia 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	0,97	0,8	0,8	0,8	0,8	Sin problemas para cumplir con este indicador	
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,95	0,8	0,8	0,8	0,8	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.	
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.	
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	Cero (0),0 variación negativa	Cero (0),0 variación negativa	Cero (0),0 variación negativa	Cero (0),0 variación negativa	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.	
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.	
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	Sin dificultades para el cumplimiento de este indicador.	
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	7,8	5	5	5	5	No se ha logrado la meta.	
	19	Oportunidad en la atención Gineco- obstétrica.	11,5	8	8	8	8	No se ha logrado la meta.	
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna.	24,5	15	15	15	15	No se ha logrado la meta.	