

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

2024/2027

Dra. Ana María Martínez Galvis

GERENTE

#SEGUIMOSCRECIENDO #SEGUIMOSMEJORANDO



PRESENTACIÓN PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2024-2027
RESOLUCIÓN 000408-2018 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018

ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

PRESENTADO POR:

Dra. Ana María Martínez Galvis
Gerente

PRESENTADO A:

Señor Gobernador de Santander
Juvenal Díaz Mateus
Presidente Junta Directiva

Secretario de Salud Departamental
Edwin Antonio Prada Ramírez

Representante del sector científico externo
Laura María López Martínez

Representante del sector científico interno
Nancy Arango Romero

Representante de la Comunidad
Armando Augusto Vargas Rincón

Barrancabermeja, mayo de 2024



TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
1. GENERALIDADES.....	6
1.1 Contexto Departamental	6
1.2 Contexto Municipal	6
1.3 ESE Hospital Regional del Magdalena Medio.....	8
1.3.1 Objetivos institucionales	9
1.3.2 Direccionamiento Estratégico.....	10
1.3.3 Enfoque por procesos.....	11
1.3.4 Portafolio de servicios	12
2. MARCO NORMATIVO.....	13
3. PROPÓSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	14
3.1 Propósito	14
3.2 Metodología de Elaboración y Aprobación	14
3.2.1 Elaboración.....	14
3.2.2 Aprobación.....	16
4. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN.....	16
4.1 Área de Gestión de Dirección y Gerencia – 20%.....	16
4.1.1 Ciclo de preparación para la Acreditación.....	17
4.1.2 Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	18
4.1.3 Plan de Desarrollo Institucional.....	19
4.2 Área de Gestión Financiera y Administrativa – 40%.....	20
4.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero.....	20
4.2.2 Gasto por Unidad de Valor Relativo.....	22
4.2.3 Medicamentos y material médico-quirúrgico	22
4.2.4 Deuda superior a treinta (30) días por Prestación de Servicios	23
4.2.5 Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS.....	24
4.2.6 Equilibrio Presupuestal	25



4.2.7	Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud.....	26
4.2.8	Reporte Decreto 2193 de 2004	27
4.3	Área de Gestión Clínica o Asistencial – 40%.....	28
4.3.1	Evaluación Guías Gestantes	28
4.3.2	Evaluación Guías Primeras Causa de Egreso.....	28
4.3.3	Oportunidad de Apendicectomía	29
4.3.4	Neumonía pediátricas de origen intrahospitalario	30
4.3.5	Oportunidad de Atención con IAM	31
4.3.6	Mortalidad intrahospitalaria	32
4.3.7	Oportunidad en Consulta de Pediatría.....	33
4.3.8	Oportunidad en Consulta de Gineco-obstetricia	33
4.3.9	Oportunidad en Consulta de Medicina Interna	34
5.	SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN.....	34
6.	EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTION.....	35
	BIBLIOGRAFIA	39



PRESENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO PARA LA VIGENCIA 2024-2027

El presente documento refleja el compromiso de la Gerente y sus colaboradores frente a la Junta Directiva de la ESE. Está diseñado y construido con base a los principios, políticas y directrices del actual Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con aspectos relacionados con la Gestión de Dirección y Gerencia; Financiera – Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial.

El Plan de Gestión presentado por la Gerente contiene los resultados a alcanzar durante la vigencia 2024-2027, determinando las actividades a realizar y las metas que deben ser evaluadas anualmente y debe ser coherente con los planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción, o cualquier otra forma de planeación de la ESE.

La metodología de elaboración, formulación, socialización, despliegue, ejecución y evaluación del Plan de Gestión está descrita en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013, la modificación realizada por la Resolución 408 de 2018 el cual se desarrolla paso a paso de manera integral y la Resolución 1097 de 2018 por medio del cual se corrige específicamente los indicadores 4 y 25 de la Resolución 408 de 2018.

1. GENERALIDADES

1.1 Contexto Departamental

Santander es uno de los 32 departamentos de la República de Colombia. Su capital es Bucaramanga y está ubicado al noreste del país, en la Región Andina, cuenta con 82 municipios y ocupa el 2,7% del territorio nacional con 30.537 km². El departamento está dividido en 87 municipios, 2 corregimientos, 477 inspecciones de Policía, así como numeroso caseríos y sitios poblados. Estos territoriales se agrupan en seis núcleos de desarrollo provincial, reorganizados así:

- 📍 Área Metropolitana con capital Bucaramanga
- 📍 Comunera con capital Socorro
- 📍 Guanentá con capital San Gil
- 📍 Yariguies con capital Barrancabermeja
- 📍 Soto Norte con capital Matanza
- 📍 Vélez con capital Vélez

Es el sexto departamento por tamaño de población, que de acuerdo con las proyecciones del DANE a partir del censo de 2018, corresponde en 2023 a 2.357.127 con predominio del género femenino con el 51,1% frente al 48,9% del masculino y con un crecimiento variable con tendencia a la estabilización, como se muestra a continuación:

Tabla. Población DANE Departamento de Santander

AÑO	POBLACION	VAR	HOMBRES	MUJERES
2019	2.237.587	2,41%	1.095.270	1.142.317
2020	2.280.908	1,93%	1.116.282	1.164.626
2021	2.306.455	1,12%	1.128.504	1.177.951
2022	2.324.090	0,8%	1.136.858	1.187.232
2023	2.357.127	1,42%	1.153.060	1.204.067

Fuente: DANE

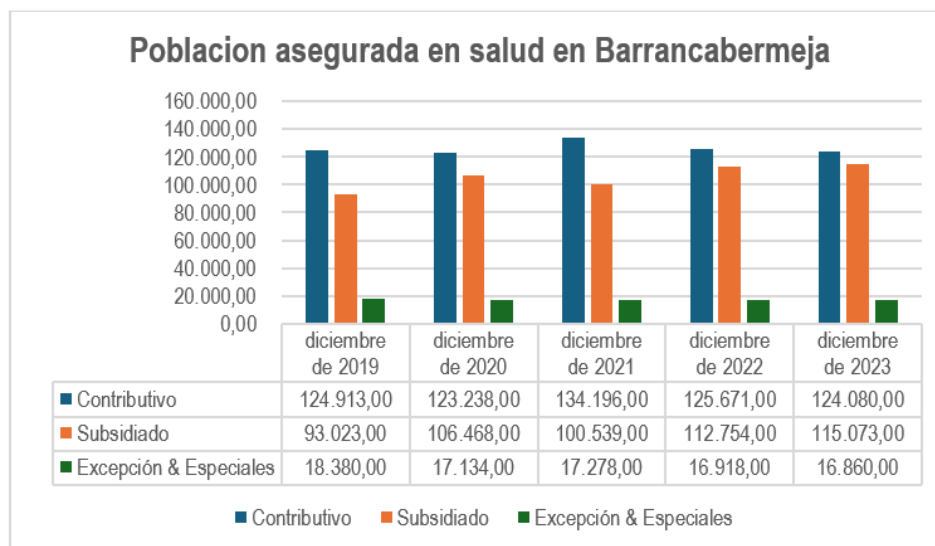
Estas proyecciones no contemplan la población migrante venezolana, sobre la cual se estima un total de 116.043 personas en el territorio.

1.2 Contexto Municipal

Barrancabermeja, es un distrito colombiano ubicado a orillas del río Magdalena, en la parte occidental del departamento de Santander. Es la ciudad industrial más importante del departamento, sede de la refinería de petróleo más grande del país y capital de la Provincia de Yariguíes. Dista 114 km de Bucaramanga hacia el occidente. Es la ciudad más grande en la subregión natural del denominado Magdalena Medio. Fue declarado de acuerdo con Acto

Legislativo N.º 269 de 2018 Cámara - 010 de 2018 Senado como Distrito especial, portuario, biodiverso, industrial y turístico.

En lo referente a Salud, a través de mecanismos de aseguramiento, el Estado Colombiano garantizó que en medio de la pandemia 2,2 millones de personas y quienes cumplieran con requisitos de vulnerabilidad con clasificación Sisbén I, II y III pudieran seguir afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, al ser trasladadas automáticamente del régimen contributivo al subsidiado (Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud, 2021). El comportamiento del aseguramiento en la ciudad de Barrancabermeja en los últimos cinco años se presenta en la siguiente gráfica:



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

A pesar de la coyuntura económica y social, el aseguramiento de la población siguió aumentando en la ciudad, al pasar de 236.316 personas en 2019 a 256.013 en 2023; siendo el régimen subsidiado el de mayor crecimiento (23,7%). Adicionalmente, el régimen de mayor participación fue el contributivo, al alcanzar el 48% del total de la población afiliada. A continuación, se presenta las tablas que agrupan el aseguramiento por Régimen y por EPS en los últimos 5 años en la ciudad.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
	2019	2020	2021	2022	2023
Nueva EPS	39.767	48.409	56.986	61.222	63.505
Coomeva EPS	35.505	30.355	22.380	0	0
Famisanar EPS	15.573	17.247	19.979	21.181	14.815
Medimas	13.933	20	0	0	0
Régimen de excepción	0	0	0	0	0
EPS Sanitas	12.113	16.336	22.770	29.681	32.065
Asmet Salud	550	451	672	656	0
Salud Total EPS	6.338	7.899	9.666	10.234	11.180

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
	2019	2020	2021	2022	2023
Comparta	641	528	0	0	0
Coosalud	193	1.718	1.485	2.452	2.285
Ferrocarriles Nales	258	249	236	224	218
EPS Sura	21	16	18	18	12
Cajacopi Atlántico	9	0	1	0	0
SOS	7	7	3	3	0
Fundación Salud Mia EPS	5	3	0	0	0
Saludvida EPS	0	0	0	0	0
TOTAL ASEGURAMIENTO	124.913	123.238	134.196	125.671	124.080

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
	2019	2020	2021	2022	2023
Nueva EPS	32.510	41.839	44.133	55.139	63.208
Coomeva EPS	7.213	10.015	8.823	0	0
Famisanar EPS	8.731	11.957	11.785	14.490	17.136
Medimas	8.772	1	0	0	0
Régimen de excepción	0	0	0	0	0
EPS Sanitas	5.646	7.029	7.572	10.133	12.500
Asmet Salud	14.118	13.784	13.242	13.760	0
Salud Total EPS	4.849	6.354	6.456	8.782	10.576
Comparta	7.559	7.560	0	0	0
Coosalud	3.623	7.929	8.527	10.449	11.653
Ferrocarriles Nales	0	0	0	0	0
EPS Sura	0	0	0	0	0
Cajacopi Atlántico	0	0	1	0	0
SOS	0	0	0	0	0
Fundación Salud Mia EPS	0	0	0	0	0
Saludvida EPS	2	0	0	0	0
Ecoopsos	0	0	0	1	0
TOTAL ASEGURAMIENTO	93.023	106.468	100.539	112.754	115.073

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

De acuerdo con las tablas anteriores, en el 2023, el 69,8% de la población afiliada al régimen subsidiado en el Distrito, se encontraba agrupada en dos EPS. En el caso del régimen contributivo, 88,9% de los usuarios estuvieron registrados en 3 EPS.

1.3 ESE Hospital Regional del Magdalena Medio

El Hospital Regional del Magdalena Medio fue creado bajo el decreto 0041 del 28 de febrero de 2007, emanado de la Gobernación de Santander como una entidad descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, de mediana complejidad.

La ESE ha venido en proceso de cambio de infraestructura, actualizando su capacidad tecnológica, y realizando un cambio de cultura organizacional para tener procesos que permitan que el usuario y su familia obtengan unos servicios con calidad.

Dada la privilegiada ubicación del HRMM en el casco urbano de Barrancabermeja y con afluencia de varios municipios, en los cuales converge población en su mayoría Población vulnerable, se estima que el volumen potencial de población de la región que está cubierto con oferta pública y privada oscila en 450.000, considerando su condición estratégica para población flotante.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL MUNICIPAL PERÍODO 2018-2025								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Barrancabermeja	203.537	207.494	210.729	213.061	214.689	216.219	217.983	219.795
Sabana de Torres	33.055	33.887	34.556	34.945	35.212	35.463	35.710	35.941
El Carmen de Ch	20.916	21.415	21.820	22.062	22.230	22.389	22.477	22.529
Puerto Parra	7.640	7.846	8.017	8.107	8.169	8.228	8.270	8.300
Puerto Wilches	32.791	33.572	34.206	34.585	34.849	35.097	35.273	35.417
Cimitarra	32.947	33.750	34.403	34.789	35.056	35.307	35.553	35.787
Simacota	10.042	10.138	10.226	10.339	10.418	10.492	10.512	10.501
								368.270
Otros municipios del área de influencia								
Yondó	19.040	16.624	20.110	20.426	20.741	21.065	21.305	21.529
Cantagallo	8.234	8.488	8.696	8.824	8.918	9.007	9.113	9.219
San Pablo	27.190	28.043	28.041	29.165	29.770	29.770	30.042	30.302
Simití	18.110	18.678	19.143	19.426	19.828	19.828	20.089	20.374
								81.424
TOTAL PROYECCIÓN DE POBLACIÓN								449.694

Fuente: Dane

Caracterización de la población objeto de atención: La mayoría de población atendida corresponde a los usuarios del régimen subsidiado principalmente a Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, entre otras. Se busca ampliar el portafolio y ganar segmento de mercado con el régimen contributivo y particulares.

1.3.1 Objetivos institucionales

En cumplimiento de su función la Empresa Social del Estado Hospital Regional del Magdalena Medio deberá:

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE HRMM, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

- 🔄 Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM.
- 🔄 Ofrecer a las entidades promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de estos a tarifas competitivas en el mercado.
- 🔄 Promocionar y aumentar la producción con las entidades promotoras en cuanto a prestación de servicios se requiera cumpliendo con indicadores 1552 y 256 bajo los parámetros de calidad de la institución hospitalaria.
- 🔄 Proyectar circularización de cartera de manera mensual con todas las instituciones administradoras de planes de beneficios.
- 🔄 Implementar procesos definidos en cuanto a recuperación de cartera, teniendo en cuenta lineamientos prejudicados y jurídicos a todas las instituciones administradoras de planes de beneficios.
- 🔄 Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- 🔄 Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

1.3.2 Direccionamiento Estratégico

El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que sigue la entidad para el logro de los objetivos misionales y estratégicos; requiere revisiones periódicas para ajustar a los cambios del entorno, Plan de Gestión, Plan Estratégico y a las funciones de la entidad, encaminadas bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia dados los requisitos de los clientes.

1.3.2.1 Misión

Somos una empresa prestadora de servicios de salud de mediana complejidad, formadores de educandos, con innovación tecnológica y un talento humano comprometido con la calidad, seguridad, bienestar y satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.

1.3.2.2 Visión

En el 2024 seremos el principal centro de referencia de mediana y algunos servicios de alta complejidad de la región del Magdalena Medio por la innovación en la prestación de servicios de salud con una atención humanizada y enfocada al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios.

1.3.2.3 Principios y Valores

- 🌱 Nuestra bandera como funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital Regional del Magdalena Medio, es el excelente trato con calidad y calidez con nuestros usuarios y sus familiares, compañeros de trabajo y proveedores.
- 🌱 Los recursos de la ESE deben cuidarse y protegerse.
- 🌱 La ética profesional es la base en el ejercicio de nuestra labor del día a día.
- 🌱 Los trabajadores de la ESE, deben mantener una conducta intachable.
- 🌱 Desarrollar hábitos y actitudes positivas en los trabajadores de la Empresa, que permitan el cumplimiento de los fines institucionales para beneficio de la comunidad.
- 🌱 Brindamos un tratamiento justo a nuestros clientes externos e internos, sin discriminación de sexo, religión, raza, convicciones políticas, culturales ni educativas.
- 🌱 Contamos con profesionales idóneos que apoyados con tecnología de punta permitan una mejor atención para nuestros usuarios.
- 🌱 Nos esmeramos en nuestra labor por garantizar los derechos de nuestros usuarios.

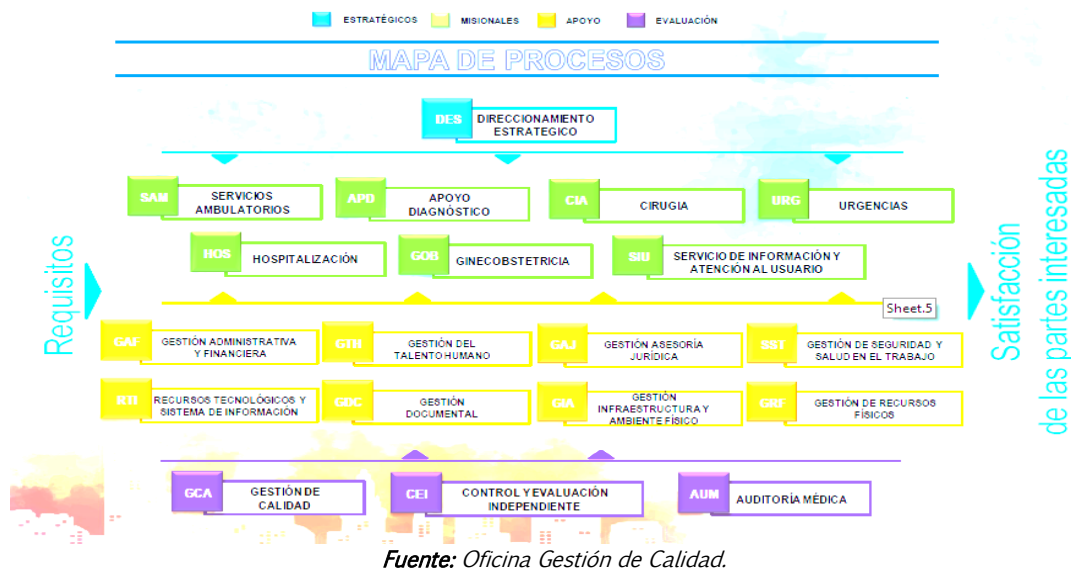
Valores

- 🌱 Respeto
- 🌱 Compromiso
- 🌱 Vocación de servicio
- 🌱 Honestidad
- 🌱 Humildad
- 🌱 Responsabilidad
- 🌱 Solidaridad

1.3.3 Enfoque por procesos

La ESE HRMM establecerá políticas internas claras y articuladas para operar las distintas dimensiones del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión**; entendiendo por política interna, un lineamiento que define e imparte la Alta Dirección con el fin de orientar la ejecución de las actividades frente a un tema en particular y, su articulación con otras políticas y dimensiones del modelo. Es importante que la ESE cuente con políticas frente a la seguridad y salud en el trabajo, la contratación o adquisición de bienes y/o servicios, la gestión y seguridad de la información, la gestión documental, la gestión ambiental, la perspectiva de la calidad dentro de los procesos, entre otros temas.

En este sentido, las políticas del Sistema Integrado de Gestión que se encuentran inmersas en las diferentes dimensiones contemplen el modelo y cuyo propósito se enmarca en la gestión hacia resultados.






1.3.4 Portafolio de servicios

A continuación, se presenta una tabla que resume los servicios prestados por la ESE:

Servicios por grupo	Baja	Media	Alta
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
Endoscopia digestiva		X	X
Esterilización	X	X	
Laboratorio clínico	X	X	
Radiología e imágenes diagnósticas	X	X	X
Servicio farmacéutico	X	X	
Toma de muestras de laboratorio clínico	X		
Transfusión sanguínea	X	X	
Ultrasonido	X	X	
Terapia respiratoria	X		
Fisioterapia	X		
Consulta externa			
Anestesia		X	
Cirugía general		X	
Enfermería	X		
Ginecobstetricia		X	
Medicina general	X		
Medicina interna		X	
Nutrición y dietética	X		
Ortopedia y/o traumatología		X	
Pediatría		X	
Gastroenterología		X	
Psicología	X		
Urología		X	
Consulta prioritaria	X	X	

Servicios por grupo	Baja	Media	Alta
Neurocirugía		X	
Hospitalario			
General adultos	X	X	
General pediátrica	X	X	
Obstetricia		X	
Cuidado básico neonatal		X	
Promoción y prevención			
Protección específica - atención al parto	X		
Protección específica - atención al recién nacido	X		
Protección específica - vacunación	X		
Quirúrgico			
Cirugía gastrointestinal		X	X
Cirugía general	X	X	
Cirugía ginecológica		X	X
Cirugía ortopédica		X	X
Cirugía pediátrica		X	
Cirugía urológica		X	X
Cirugía neurológica		X	X
Transporte especial de pacientes			
Transporte asistencial básico	X		
Transporte asistencia medicalizado		X	
Urgencias			
Servicio de urgencias	X	X	
Otros			
Sala de reanimación		X	

2. MARCO NORMATIVO

- 
Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2. Resultado en Salud “Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.
- 
Ley 1122 de 2007, Artículo 28: 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, o previo concurso de méritos.
- 
Ley 1438 de 2011, Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.

- 🔄 **Ley 1438 de 2011, Artículo 74:** Establece el proceso para la Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- 🔄 **Resolución 710 de 2012:** Por medio del cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de la Empresa Sociales del Estado y deroga el decreto 357 de 2008 y 473 de 2008
- 🔄 **Resolución 743 de 2013.** Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, los anexos 2, 3 y 4 y se dictan otras disposiciones.
- 🔄 **Resolución 0000408 de 2018.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- 🔄 **Resolución 1097 de 2018,** por medio de la cual se corrige la resolución 408 de 2018.

3. PROPÓSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

3.1 Propósito

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la LEY 1438 de 2011 y la Resolución 743 de 2013 y los anexos vigentes de la Resolución 710 de 2012, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Hospital Regional del Magdalena Medio de mediana complejidad por parte de la doctora **Ana María Martínez Galvis** durante la vigencia 2024-2027 para el cual fue nombrada mediante Decreto 378 del 22 de marzo de 2024 y Acta de Posesión N. 023 del 01 de abril de 2024.

3.2 Metodología de Elaboración y Aprobación

3.2.1 Elaboración

La Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de la Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los gerentes de la ESE. Este documento refleja los compromisos, metas, actividades que el Gerente presenta a la Junta Directiva de la ESE para el periodo 2024-2027 y es aquel donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el periodo gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

- 🔄 **Gestión de Dirección y Gerencia:** Cumplimiento de logros estratégicos y Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.
- 🔄 **Gestión Financiera y Administrativa:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada presentación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

- 🌿 **Gestión Clínica y Asistencial:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea de base y los logros para la vigencia 2024-2027, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos que aplique.

3.2.1.1 Diagnóstico inicial de la ESE

Es importante conocer el estado actual de la ESE, para a partir de allí formular las actividades, conocer la línea base y proponer los logros para la vigencia 2024-2027. Por lo anterior, se presenta el resultado de los tres últimos años para cada uno de los indicadores sujetos de evaluación y el resultado total para cada vigencia:

🌿 Área de Gestión de Dirección y Gerencia (20%)

N°	Indicador	Estd. prop	2021	2022	2023
1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,20$	5	5	5
2	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	$\geq 0,9$	5	5	5
3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,9$	5	5	5

🌿 Área de Gestión Financiera y Administrativa (40%)

N°	Indicador	Estd. prop	2021	2022	2023
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Programa adoptado	5	5	5
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida	$\leq 0,9$	5	1	1
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. A través de cooperativas de empresas sociales del estado y 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0,7$	0	0	0
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	3	3	3
8	Utilización del Registro Individual de Prestaciones RIPS	4	5	5	5
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥ 1	1	1	1
10	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno en los términos previstos	0	0	0
11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto del 2193 de 2004 ó la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno en los términos previstos	5	5	5

Área de Gestión Clínica o Asistencial (40%)

N°	Indicador	Estd. prop	2021	2022	2023
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	≥0,8	5	5	5
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	5	5	5
14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥0,9	5	5	5
15	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	5	5	5
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	5	5	5
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,9	5	5	5
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ a 5 días	3	5	5
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ a 8 días	5	5	5
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ a 15 días	5	5	5
CALIFICACIÓN TOTAL VIGENCIA			4,1	4,0	4,0

3.2.2 Aprobación

Para la aprobación del Plan de Gestión, se siguen los lineamientos establecidos en el artículo 73 de la ley 1438 de 2011:

1. El Gerente del HRMM, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.
2. La Junta Directiva del HRMM, deberá aprobar el Plan de Gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.
3. El Gerente podrá presentar observaciones al Plan de Gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

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 Gerente se entenderá aprobado.

4. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN

4.1 Área de Gestión de Dirección y Gerencia – 20%

El objetivo de esta área es el de operacionalizar y mantener la unidad de interés de la ESE en torno a la Misión y fines institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de servicios de salud.

4.1.1 Ciclo de preparación para la Acreditación

El Sistema Único de Acreditación (SUA), como uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, es el único voluntario donde se debe evidenciar una intencionalidad gradual de implementación, hace exigible dentro del Plan de Gestión de la Gerencia una autoevaluación de los estándares del SUA, con una variación interanual superior al 1,2.

La acreditación es una estrategia de mejoramiento continuo, con el cumplimiento de los ciclos de autoevaluación, la entidad apunta todos sus esfuerzos hacia la excelencia en los servicios prestados donde el principal beneficiario es el usuario. Con la autoevaluación la entidad obtiene un claro diagnóstico de los aspectos crítico hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 1	
NOMBRE	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
INTERPRETACIÓN	Mide el promedio de la variación de la vigencia evaluada.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Promedio de la calificación de la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de la vigencia anterior
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Documento de autoevaluación
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Coordinador de Calidad de la ESE
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 1,20

FORMULACIÓN INDICADOR N° 1				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> 🕒 Elaborar el Plan de Acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde con lo establecido en la Resolución 5095 de 2018. 🕒 Conformar los equipos de autoevaluación aplicables a la ESE 🕒 Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología 🕒 Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora 🕒 Realizar la calificación acorde a la hoja radar 🕒 Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología riesgo-costo-volumen 🕒 Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
1.21	2024	2025	2026	2027
	1,21	1,45	1,66	1,87

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Frente a este indicador se pretende obtener en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación, la línea base se encuentra en 1.21. Se evidencia autoevaluación realizada en la vigencia 2023 teniendo en cuenta cada uno de los parámetros establecidos por los lineamientos del Sistema Único de Acreditación y avalada y evaluada por la Secretaria de Salud Departamental.

4.1.2 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

Para la construcción del PAMEC nos basamos en la metodología definida en las pautas indicativas del Ministerio de Salud y Protección Social en donde se implementa la ruta crítica del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de calidad en Salud PAMEC basada en cada ítem: Autoevaluación, selección de procesos, priorización de procesos, Definición de calidad esperada, medición inicial de desempeño, formulación plan de Mejoramiento, implementación de plan de Mejoramiento y aprendizaje Organizacional.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 2	
NOMBRE	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la Calidad en la Atención en Salud
INTERPRETACIÓN	Mide el número de acciones de mejora propuestas frente a la realización de las mismas.
FÓRMULA DEL INDICADOR	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.
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Certificación de la Oficina de Calidad sobre el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento continuo implementados con enfoque de Acreditación.
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Coordinador de Calidad de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 2	
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> 🔄 Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación. 🔄 Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas. 🔄 Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento 🔄 Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. 🔄 Realizar la retroalimentación a los líderes de procesos y hacer los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. 🔄 Consolidar y presentar informe trimestrales de seguimiento. 🔄 Reportar a la Supersalud los resultados obtenidos durante la vigencia 2024.

LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
1.0	≥0.9	≥0.9	≥0.9	≥0.9

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Este indicador está orientado a lograr en la vigencia del cumplimiento como mínimo del 90% en la ejecución de los Planes de Mejoramientos Continuo, implementados con enfoque de acreditación y reportado a la Supersalud.

4.1.3 Plan de Desarrollo Institucional

La planeación parte de la información del ambiente interno y externo y de un diagnóstico situacional de la institución, para saber en dónde estamos y definir a dónde queremos llegar. En este contexto, es importante resaltar que la ESE debe reforzar acciones, desde el Modelo de Atención Asistencial, la Gestión Administrativa y Financiera y la Gestión de Infraestructura y Gerencial.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 3	
NOMBRE	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional
INTERPRETACIÓN	Mide el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas/Número de metas del Plan Operativo Anual programadas
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe de Control Interno de la ESE
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Oficina de Control Interno de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 3									
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> 🔄 Elaborar y socializar el Plan de Desarrollo Institucional 🔄 Formular POAs por procesos 🔄 Realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo y ajustes a las desviaciones 🔄 Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo 🔄 Presentar informe trimestral de la ejecución 								
LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA								
1.0	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥0.9</td> <td>≥0.9</td> <td>≥0.9</td> <td>≥0.9</td> </tr> </tbody> </table>	2024	2025	2026	2027	≥0.9	≥0.9	≥0.9	≥0.9
2024	2025	2026	2027						
≥0.9	≥0.9	≥0.9	≥0.9						

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Se plantea un cumplimiento del 0.9 de las metas, teniendo en cuenta un nuevo Plan de Desarrollo Institucional que propone nuevos objetivos y estrategias para su ejecución en articulación con los demás actores de SGSSS.

De acuerdo con la plataforma estratégica de la ESE, como visión se espera llevar a un tercer nivel de atención que cubra nuevas especialidades y que cumpla con el rol establecido dentro de la Red de Prestadores del Departamento, articulados con el Plan de Desarrollo Nacional y Departamental.




4.2 Área de Gestión Financiera y Administrativa – 40%

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud así como el cumplimiento de las obligaciones legales, laborales y de rendición de cuentas. Comprende los procesos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE incluido el talento humano, insumos, información financiera y teniendo en cuenta las condiciones externas de equilibrio y viabilidad financiera a partir de indicadores financieros.

4.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero

De acuerdo con la categorización del riesgo definido por el Ministerio de la Protección Social, la ESE fue categorizada *CON RIESGO MEDIO*, según Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019. Es por esto que, se adoptarán las medidas y lineamientos definidos por el ente territorial para la adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 4	
NOMBRE	Riesgo Fiscal y Financiero
INTERPRETACIÓN	Mide el avance en la ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, a través de la evaluación anual de MinHacienda.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Gerencia
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	SIN RIESGO

FORMULACIÓN INDICADOR N° 4							
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Cumplir con el Programa en el escenario financiero aprobado  Entregar oportunamente los informes  Cumplir con la normatividad vigente 						
	LÍNEA DE BASE			LOGROS PARA LA VIGENCIA			
RIESGO MEDIO, Res. 1342 del 29 de mayo de 2019			2021	2024	2025	2026	2027
			Programa viabilizado Año 1	Ejecución PSFF año 4	Ejecución PSFF año 5	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO **0001342** DE 2019
(29 MAY 2019)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019

Entidad Territorial	Municipio	Empresa Social del Estado	Riesgo
Santander	Barrancabermeja	ESE Hospital Regional del Magdalena Medio	Riesgo medio



CONCEPTO TÉCNICO DE VIABILIDAD DE LA PROPUESTA PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO Y DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO DE BARRANCABERMEJA – SANTANDER



Radicado: 2-2021-056736

Bogotá D.C., 25 de octubre de 2021 18:59





Radicado entrada 1-2021-064765
No. Expediente 10/2021/PSFF-PRENV

Asunto: Concepto Técnico de Viabilidad PSFF ESE - Res. 1342 de 2019
Entidad Territorial: Barrancabermeja - Santander
Tema: ESE Hospital Regional Magdalena Medio
Subtema: Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

4.2.2 Gasto por Unidad de Valor Relativo

Este indicador establece la relación del gasto comprometido con el número de unidades de unidades producidas en la vigencia, comprándolo con la vigencia anterior.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 5	
NOMBRE	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativa producida
INTERPRETACIÓN	Mide el gasto que genera la ESE en producir una Unidad de Valor Relativa
FÓRMULA DEL INDICADOR	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia 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 de la vigencia objeto de evaluación/Número UVR producidas en la vigencia anterior))
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Gerencia
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≤0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 5					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	 Revisión de la capacidad instalada vs producción				
	 Revisión análisis de indicadores financieros.				
	 Revisión de la facturación realizada vs facturación radicada				
	 Revisión del gasto del talento humano servicios misionales.				
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
1.06		2024	2025	2026	2027
		≤0.9	≤0.9	≤0.9	≤0.9

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Este indicador de eficiencia busca que la producción aumente y disminuya el gasto para obtener un resultado positivo, es decir, mejorar la productividad de la entidad, garantizando recursos físicos, humanos y tecnológicos que permitan el cumplimiento del indicador.

4.2.3 Medicamentos y material médico-quirúrgico

A través de este indicador se pretende la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras. Para lograrlo pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías a escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 6	
NOMBRE	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. A través de cooperativas de empresas sociales del estado y 3. Compras a través de mecanismos electrónicos
INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de compras de medicamentos y material médico quirúrgicos a través de los mecanismos antes mencionados.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante mecanismos: a. compras conjuntas. b. a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c. mecanismos electrónicos/ valor total de adquisiciones de ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal.
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Gerencia
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥0.7



FORMULACIÓN INDICADOR N° 6					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	Evaluación de los mecanismos financieros que favorezcan la adquisición de los medicamentos y material médico quirúrgico que beneficien a la entidad, contra el manual de contratación establecido por la ESE.				
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	0,0	2024	2025	2026	2027
		≥0.5	≥0.5	≥0.7	≥0.7

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

4.2.4 Deuda superior a treinta (30) días por Prestación de Servicios

El Talento Humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamentales para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de remuneración se realice de manera oportuna para el personal de nómina y contratación de servicios a todos los colaboradores, independientemente del tipo de vinculación. Durante la vigencia 2023 la ESE realizó los pagos de salarios del personal de nómina y CPS que presentaron oportunamente la radicación de cuentas para pago a través de Fiduciaria.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 7	
NOMBRE	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
INTERPRETACIÓN	Mide la deuda mayor a 30 días de los salarios de personal de planta y personal indirecto.
FÓRMULA DEL INDICADOR	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. ((valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicio, con corte de 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 servicio con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior en valores constantes))
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Certificación del Revisor Fiscal de la ESE.
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Gerencia
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	Cero (0) o variación negativa

FORMULACIÓN INDICADOR N° 7					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Garantizar la liquidez para cubrir los compromisos asociados al personal.  Hacer seguimiento a la radicación de las cuentas por pagar al personal. 				
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
Variación negativa		2024	2025	2026	2027
		Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa	Variación negativa

Línea de base a 31 de diciembre de 2023






Este indicador mide la eficiencia en los pagos a servidores independientemente de su forma de vinculación y busca estar a paz y salvo con los salarios del personal vinculado a la ESE, CPS y demás operadores confirme a lo propuesto en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

4.2.5 Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSS, su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios, se hace necesario conocer la caracterización

de población atendida, estimación de frecuencia de uso con el fin de tomar decisiones respecto a la información generada.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 8	
NOMBRE	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS
INTERPRETACIÓN	Mide la cantidad de informes presentados a la Junta Directiva
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones de primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Actas de Junta Directiva
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subgerente Científico de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	4

FORMULACIÓN INDICADOR N° 8					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	 Generar la información del Sistema de Información de la entidad.				
	 Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.				
	 Procesar y validar la información				
	 Implementar auditorias con respecto a la calidad y oportunidad en el reporte de la información.				
	 Generar informes trimestrales a la Junta Directiva.				
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
4		2024	2025	2026	2027
		4	4	4	4

Línea de base a 31 de diciembre de 2023







Para este indicador se propone una meta de cuatro (4) informes anuales.

4.2.6 Equilibrio Presupuestal

Este indicador relaciona que los gastos comprometidos de la vigencia más cuentas por pagar de vigencia anterior sean cubiertos con el recaudo de la vigencia más las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 9	
NOMBRE	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo
INTERPRETACIÓN	Mide el porcentaje de cumplimiento en el pago de las obligaciones contraídas en la vigencia

FÓRMULA DEL INDICADOR	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / el valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
RESPONSABLE	Unidad Financiera
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥1.0




FORMULACIÓN INDICADOR N° 9				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Mejoramiento en el proceso de contratación con las EAPB.  Garantizar eficiencia y oportunidad en el proceso de facturación.  Realizar conciliaciones de cartera  Realizar acuerdos de pagos con las diferentes EPS  Gestionar el pago de cartera corriente.  Revisión del gasto comprometido periódicamente. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
0,88	2024	2025	2026	2027
	≥ 0.90	≥ 0.95	≥ 1.0	≥ 1.0%

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

4.2.7 Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud

Este indicador está diseñado con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 10	
NOMBRE	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la sustituya
INTERPRETACIÓN	Mide el cumplimiento oportuno en la presentación, validación y recepción de los informes que aplican a la entidad por su vigilado.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Reporte publicado en Pagina de la Superintendencia Nacional de Salud
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subsistemas de la información
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	Cumplimiento oportuno dentro de los términos previstos





FORMULACIÓN INDICADOR N° 10					
ACTIVIDADES Y ACCIONES		Revisar calidad de la información			
		Retroalimentar los datos arrojados en los informes.			
		Reportar de manera oportuna los informes a la Supersalud			
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
INOPORTUNO		2024	2025	2026	2027
		OPORTUNO	OPORTUNO	OPORTUNO	OPORTUNO

Línea de base a 31 de diciembre de 2023.

4.2.8 Reporte Decreto 2193 de 2004

El cumplimiento de este indicador se da en la oportunidad del reporte establecido de acuerdo con el cumplimiento del cronograma de sustentación ante el Ente Departamental que avale la información reportada al Ministerio – plataforma SIHO.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 11	
NOMBRE	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto del 2193 de 2004 ó la norma que la sustituya.
INTERPRETACIÓN	Mide el cumplimiento oportuno en la validación y entrega a Secretaría de Salud Departamental
FÓRMULA DEL INDICADOR	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Publicación de Reporte por el Ministerio de la Salud y la Protección Social
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Unidad Financiera
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	Cumplimiento oportuno dentro de los términos previstos

FORMULACIÓN INDICADOR N° 11					
ACTIVIDADES Y ACCIONES		Conciliar la información de manera permanente entre las áreas			
		Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables			
		Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.			
		Socializar la información con el personal responsable.			
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
OPORTUNO		2024	2025	2026	2027
		OPORTUNO	OPORTUNO	OPORTUNO	OPORTUNO

Línea de base a 31 de diciembre de 2023.

4.3 Área de Gestión Clínica o Asistencial – 40%

Las actividades de prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales en concordancia con el nivel de complejidad de la ESE.

4.3.1 Evaluación Guías Gestantes

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 12	
NOMBRE	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes
INTERPRETACIÓN	Permite evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica en las gestantes con complicaciones en el embarazo
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numero de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Comité de Historias Clínicas de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.8




FORMULACIÓN INDICADOR N° 12				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Medir la adherencia a la guía para el manejo de hemorragias en el III trimestre del embarazo o trastornos hipertensivos. 🔗 Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. 			
LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
1,0	2024	2025	2026	2027
	1,0	1,0	1,0	1,0

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

4.3.2 Evaluación Guías Primeras Causa de Egreso

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 13	
NOMBRE	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
INTERPRETACIÓN	Permite evaluar la guía de práctica clínica aplicada a los pacientes que se encuentran dentro de la primera causa de egreso hospitalario
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la

	ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Comité de Historias Clínicas de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.8

FORMULACIÓN INDICADOR N° 13				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Revisión de las primeras causa de egreso hospitalario  Medir la adherencia a la Guía  Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. 			
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA		
1,0		2024	2025	2026
		1,0	1,0	1,0

Línea de base a 31 de diciembre de 2023




En cuanto a las guías de manejo de la primera causa de ingreso hospitalario, se cuenta con línea base del diagnóstico atención de parto vaginal y se tiene medición a la guía del 100%.

4.3.3 Oportunidad de Apendicectomía

La apendicitis aguda constituye la condición inflamatoria aguda abdominal más frecuente; la intervención quirúrgica temprana constituye los riesgos asociados esta patología.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 14	
NOMBRE	Oportunidad en la realización de Apendicectomía
INTERPRETACIÓN	Mide la oportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos en los pacientes diagnosticados con apendicitis y que fueron intervenidos quirúrgicamente antes de las seis horas.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe de Subgerencia Científica de la ESE
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subgerente Científico de la ESE

PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 14				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Medir la adherencia a la Guía  Retroalimentar los resultados de la adherencia a la guía con el personal que interviene en el proceso  Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
0,93	2024	2025	2026	2027
	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Se espera que para esta vigencia la totalidad de pacientes que ingresen con esta patología y se aplique la guía institucional realizando apendicetomía dentro de las seis horas con diagnóstico confirmado.

4.3.4 Neumonía pediátricas de origen intrahospitalario

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 15	
NOMBRE	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual
INTERPRETACIÓN	Mide la variación de los casos registrados de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Referente de Seguridad de Paciente
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Anual
ESTÁNDAR PROPUESTO	Cero (0) o variación negativa

FORMULACIÓN INDICADOR N° 15				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y realizar seguimiento al paciente con riesgo de broncoaspiraciones desde el ingreso hospitalario. Articular con el programa de seguridad del paciente la prevención de estos eventos. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
0	2024	2025	2026	2027
	0	0	0	0

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Históricamente, la ESE no ha presentado neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario, es decir, se tiene como línea base cero (0). Para este cuatrienio se pretende mantener este indicador en su valor de líneas base.

4.3.5 Oportunidad de Atención con IAM

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 16	
NOMBRE	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
INTERPRETACIÓN	Mide la aplicación de la guía de práctica clínica en pacientes con este diagnóstico.
FÓRMULA DEL INDICADOR	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 de Miocardio en la vigencia
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Comité de Historias Clínicas de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥ 0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 16				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> Medir la adherencia a la Guía de IAM Retroalimentar los resultados de la adherencia a la guía con el personal que interviene en el proceso Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
1.0	2024	2025	2026	2027
	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9




Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Se espera que en esta vigencia se logre hacer el seguimiento de la guía a la totalidad de los pacientes diagnosticados para continuar con la línea de base actual.

4.3.6 Mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente empleado ya que la cuantificación de defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad en la atención hospitalaria, influenciado por otros factores como patología, estructura poblacional, nivel de accesibilidad a los servicios, el análisis de la mortalidad es una herramienta para la gestión hospitalaria.

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 17	
NOMBRE	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria
INTERPRETACIÓN	Mide el análisis realizado a cada una de las historias clínicas en los pacientes fallecidos después de 48 horas
FÓRMULA DEL INDICADOR	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
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente, que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Referente de Seguridad del Paciente
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Mensual
ESTÁNDAR PROPUESTO	≥0.9

FORMULACIÓN INDICADOR N° 17					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	 Determinar y analizar las causas más frecuentes de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas en el comité de mortalidad.				
	 Realizar socialización y retroalimentación al personal asistencial sobre los factores asociados a la mortalidad.				
	 Realizar monitoreo y evaluación del comportamiento del indicador				
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
1.0		2024	2025	2026	2027
		≥0.9	≥0.9	≥0.9	≥0.9

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

Como causa relacionada en la mortalidad en mayores de 60 años se destacan patologías producto de enfermedades crónicas y de estilo de vida. Se presenta al Comité cada uno de los fallecimientos mayor a 48 horas para estudio del caso.

4.3.7 Oportunidad en Consulta de Pediatría



FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 18	
NOMBRE	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría
INTERPRETACIÓN	Mide la oportunidad para la asignación de citas de pediatría en días
FÓRMULA DEL INDICADOR	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
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subgerente Científico de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	≤5 días

FORMULACIÓN INDICADOR N° 18					
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento a las agendas. Implementar estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio de presentarse. 				
LÍNEA DE BASE		LOGROS PARA LA VIGENCIA			
3,654 días		2024	2025	2026	2027
		≤5 días	≤5 días	≤5 días	≤5 días

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

4.3.8 Oportunidad en Consulta de Gineco-obstetricia



FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 19	
NOMBRE	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
INTERPRETACIÓN	Mide la oportunidad para la asignación de citas de obstetricia en días.
FÓRMULA DEL INDICADOR	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 de obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de obstetricia asignadas en la institución
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subgerente Científico de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	≤8 días

FORMULACIÓN INDICADOR N° 19				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Realizar seguimiento a las agendas.  Implementar estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio de presentarse. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
2,581 días	2024	2025	2026	2027
	≤8 días	≤8 días	≤8 días	≤8 días

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

4.3.9 Oportunidad en Consulta de Medicina Interna

FICHA TÉCNICA INDICADOR N° 20	
NOMBRE	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
INTERPRETACIÓN	Mide la oportunidad para la asignación de citas de medicina interna en días.
FÓRMULA DEL INDICADOR	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 de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución
FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud
RESPONSABLE DE LA EMISIÓN	Subgerente Científico de la ESE
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Trimestral
ESTÁNDAR PROPUESTO	≤15 días

FORMULACIÓN INDICADOR N° 20				
ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none">  Realizar seguimiento a las agendas.  Implementar estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio de presentarse. 			
	LÍNEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA		
5,5 días	2024	2025	2026	2027
	≤15 días	≤15 días	≤15 días	≤15 días

Línea de base a 31 de diciembre de 2023

5. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

Es indispensable llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores del Hospital, para ello se utilizará el portal interno de la página web, jornadas de inducción y reinducción y socialización con los jefes de áreas. Esta socialización estará en cabeza de la Gerencia, equipo directivo y líderes de procesos. La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizará a través de la página web y en la rendición de cuentas se informará el avance de

este. Dentro del Plan de Gestión se encuentra el Plan de Desarrollo su despliegue y ejecución se realizará a través de los POA de los procesos del Hospital, a los cuales se les realiza un seguimiento mensual con un informe trimestral reportado a los entes de control.

6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La evaluación del Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva del Hospital se realizará acorde con los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. El seguimiento a los indicadores establecidos en el Plan de Gestión se realizará trimestralmente de acuerdo con el REG EXC002 Anexo Técnico 2016.

Elaboración y presentación del informe anual.

El gerente del Hospital presentará 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 a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. El informe anual de gestión contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la ESE y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la ESE. La no presentación del Plan de Gestión o del informe de cumplimiento del mismo dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzcan de manera inmediata la evaluación NO satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Elaboración del informe anual.

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, deberá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente. La calificación del informe anual del Plan de Gestión se realizará teniendo en cuenta el Anexo N. 3 “Instructivo para la calificación” aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N. 4 “Matriz de calificación” y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 743 de 2013. A continuación, se presenta la matriz utilizada para realizar la evaluación de acuerdo con los lineamientos antes mencionados.

PLAN DE GESTION ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO							
Área de Gestión	No	Tipo de ESE	Indicador	Estándar	Calificación	Ponderación	Resultado ponderación
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,20$		0,05	
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	$\geq 0,90$		0,05	
	3	Nivel I, II y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,90$		0,1	
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del PSFF		0,05	
	5	Nivel I, II y III	Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida	$\leq 0,90$		0,05	
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material medicoquirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. A través de cooperativas de empresas sociales del estado y 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	$\geq 0,70$		0,05	
	7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero o variación relativa		0,05	
	8	Nivel I, II y III	Utilización del Registro Individual de Prestaciones RIPS	4		0,05	
	9	Nivel I, II y III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	$\geq 1,00$		0,05	
	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos.		0,05	
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto del 2193 de 2004 ó la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos.		0,05	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III o trastornos hipertensivos gestantes	$\geq 0,80$		0,07	
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	$\geq 0,80$		0,05	
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía	$\geq 0,90$		0,05	

Área de Gestión	No	Tipo de ESE	Indicador	Estándar	Calificación	Ponderación	Resultado ponderación
Gestión Clínica o Asistencial 40%	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero o variación negativa		0,05	
	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	$\geq 0,90$		0,05	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	$\geq 0,90$		0,05	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría	≤ 5 días		0,03	
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de obstétrica	≤ 8 días		0,03	
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina interna	≤ 15 días		0,02	
CALIFICACIÓN TOTAL							

Interpretación de Resultados

Para la interpretación de resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el anexo 5 de la Resolución 743 de 2013.

Escala de Resultados		
Rango de calificación (0,0 - 5,0)	Criterio	Cumplimiento Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Recurso contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de lo cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Implicaciones por evaluación insatisfactoria

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuera insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la



Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar el periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.



BIBLIOGRAFIA

- 📖 Manual de Procesos de Direccionamiento Estratégico Hospital Regional del Magdalena Medio.
- 📖 Manual Código de Ética, ESE Hospital Regional del Magdalena Medio
- 📖 Manual de Calidad Sistemas Integrados de Gestión.
- 📖 La línea base es tomada del informe vigencia 2023.
- 📖 Plataforma SIHO.
- 📖 Ley 1133 de 2007.
- 📖 Ley 1438 de 2011.
- 📖 Resolución 710 de 2012.
- 📖 Resolución 743 de 2013.
- 📖 Resolución 408 de 2018.
- 📖 Resolución 1097 de 2018.