



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado

# **PLAN DE GESTIÓN 2020-2023**



*evolucionamos pensando  
en usted*

## INTRODUCCION

El Plan de Gestión Gerencial es la herramienta establecida por la ley 1438 de 2011 para la evaluación de los directores o gerentes de los Hospitales; el artículo 72 de esta ley establece que, "...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..."

El presente Plan de Gestión, contiene las metas a cumplir para el periodo 2020-2023 en cuanto a Dirección y Gerencia, la Gestión Administrativa y Financiera y la Gestión Clínica y Asistencial, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 408 de 2018, la cual modifica la Resolución 743 de 2013 y Resolución 710 de 2012, emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta los lineamientos definidos en las resoluciones anteriores, se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión, el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente del Hospital del Sarare ESE ante la Junta Directiva, que se encuentran plasmados en cada una de las áreas de gestión junto con los estándares de cada indicador. Para su elaboración se contó con la participación de grupo directivos y los líderes de proceso intervinientes para cada uno de los 20 indicadores propuestos.

## 1. OBJETIVO GENERAL

Definir los Indicadores que medirán la Gestión gerencial para el periodo comprendido entre los años 2020 y 2023, de acuerdo a las condiciones reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 408 de 2018 y Resolución 710 de 2012

## 2. MARCO LEGAL APLICABLE

- ✓ **Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones
- ✓ **Decreto Ley 1298 de 1994.** Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud Decreto 1876 de 1994 que reglamenta las empresas sociales del estado.
- ✓ **Decreto 1876 de 1994** por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
- ✓ **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
- ✓ **Ley 1438 de 2011** Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 72°.** Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales

**Artículo 73°.** Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

**Artículo 74°.** Evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

- ✓ **Resolución 0710 de 2012 y sus anexos técnicos.** 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 y su evaluación por parte de la junta directiva.
- ✓ **Resolución 123 de 2012** Sistema único de acreditación.

- ✓ **Resolución 0743 de 2013 y sus anexos técnicos.** Por medio del cual se modifica la Resolución 0710 de 2012 y se dictan otras disposiciones
- ✓ **Resolución 5095 de 2018.** Por la cual se adopta el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1

**Resolución 408 de 2018.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones

### 3. FASES DEL PLAN DE GESTION

#### 3.1 FASE DE PREPARACION

- 1) Identificación de las fuentes de información para establecer la línea base
- 2) Revisión de documentación fuente de información y soportes de cada uno de los indicadores evaluados, certificación de los mismos.
- 3) Realización de diagnóstico: se revisa el estado de cada indicador cualitativa y cuantitativamente en base a las evaluaciones realizadas en las vigencias 2018 y 2019, realizando el levantamiento de línea de base para cada uno de los indicadores de gerencia, financiero y clínico-asistencial.
- 4) Realización del análisis del comportamiento de cada indicador en el tiempo y observaciones.

#### 3.2 FASE DE FORMULACION

- 1) Reunión con el equipo Directivo de sensibilización sobre la importancia de un Plan de Gestión y sobre el marco normativo que le rige, se realizó análisis de la línea base y factores que pueden afectar el resultado de los indicadores tanto en el área misional como en el área administrativa.
- 2) Diligenciamiento de cuadro que contenga las variables: **área de gestión, indicador, línea base y observaciones** Consolidación de matriz con las

actividades planteadas y compromisos para el periodo 2020-2023. Definición de las metas anuales para cada indicador según la normatividad vigente.

### **3.3 FASE DE APROBACION**

- 1) Gerente presenta proyecto Plan de Gestión a la Junta directiva dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión.
- 2) La junta Directiva analiza el Plan de gestión Presentado y realiza las observaciones pertinentes dentro de los 15 días siguientes a su presentación.
- 3) Aprobación del Plan de Gestión mediante acuerdo de Junta Directiva.

### **3.4 FASE DE EJECUCION**

- 1) Despliegue del Plan a las áreas o unidades de gestión y se articulará con el Plan Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes operativos anuales POA
- 2) Seguimiento a la ejecución de las actividades y resultados de los indicadores de forma trimestral.
- 3) Presentación a la Junta Directiva del informe.

### **3.5 FASE DE EVALUACION**

- 1) El Gerente presentará a la Junta Directiva el Informe anual de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- 2) El informe deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con 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 estas, en la gestión de la entidad.

- 3) Calificación por parte de la Junta directiva de acuerdo a lo establecido en el anexo 4 Res Resolución 408 de 2018

#### 4. DIAGNOSTICO INICIAL LINEA BASE

	No	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
				Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥1,20	1,005	1	0,05	0,05	1,28	5	0,05	0,25	1	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥0,9	0,78	3	0,05	0,15	0,82	3	0,05	0,15	0,75	3	0,05	0,15
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0,9	0,866	3	0,1	0,3	0,94	5	0,1	0,5	90	5	0,1	0,5
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal Financiero	sin riesgo	No aplica			Sin riesgo	No aplica				No aplica		

No	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
			Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,9	1,01	3	0,06	<b>0,18</b>	1,21	5	0,06	<b>0,3</b>	1	3	0,05	<b>0,15</b>
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7	0,01	0	0,05	<b>0</b>	0	0	0,05	<b>0</b>	0	0	0,05	<b>0</b>
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	-1,78	3	0,06	<b>0,18</b>	-0,36	3	0,06	<b>0,18</b>	-1,3	3	0,06	<b>0,18</b>



No	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
			Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4	5	0,06	0,3	4	5	0,06	0,3	4	5	0,06	0,3
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	0,93	3	0,06	0,18	0,98	3	0,06	0,18	1,09	5	0,06	0,3
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No oportuno	0	0,05	0	Presentado oportunamente	5	0,05	0,25	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3

No	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
			Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3
12	Evaluación de aplicación la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos	≥0,8	0,79	5	0,07	0,35	0,94	5	0,07	0,35	0,95	5	0,07	0,35
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	0,85	5	0,05	0,25	0,93	5	0,05	0,25	0,97	5	0,05	0,25

No	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
			Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,9	0	5	0,05	0,25	0,926	5	0,05	0,25	0,92	5	0,05	0,25
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0	5	0,05	0,25	0	5	0,05	0,25	0	5	0,05	0,25
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	0,77	5	0,05	0,25	0,992	5	0,05	0,25	0,916	5	0,05	0,25
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,9	1	5	0,05	0,25	1	5	0,05	0,25	1	5	0,05	0,25
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	3,92	5	0,03	0,15	3,391	5	0,03	0,15	5,348	3	0,03	0,09

No.	INDICADOR	Estándar para cada año	2017				2018				2019			
			Resultado año 2017	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2018	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	Resultado año 2019	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤8	3,66	5	0,03	0,15	3,124	5	0,03	0,15	3,063	5	0,03	0,15
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	4,79	5	0,02	0,1	3,35	5	0,02	0,1	3,671	5	0,02	0,1
<b>RESULTADO DE LA CALIFICACION FINAL</b>			<b>3,64</b>				<b>4,41</b>				<b>4,17</b>			

**LINEA BASE 2019**

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
<b>DIRECCIÓN Y GERENCIA</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	*≥1,20 *Acreditación en la vigencia evaluada *Postulación para la acreditación formalizada con contrato	1,575	Para las vigencias 2017, 2018 y 2019 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la Resolución 123 de 2012 para el año 2017 y bajo la resolución 5095 de 2018 para los años 2018 y 2019; el cual no presentó avance en el último año evaluado (2019) puesto que su calificación fue igual a la de 2018.
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	≥0.90	75%	El resultado de este indicador es producto de del PAMEC 2017-2019 derivado de la autoevaluación para la acreditación realizada en cada vigencia. De acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo se observa con un cumplimiento del
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evlución / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas la vigencia objeto de la evaluación	≥0.90	90	El Plan Institucional de Desarrollo 2017-2019 del Hospital del Sarare ESE fue Aprobado mediante el acuerdo de Junta Número 004 del 11 de Marzo de 2017. Se realizó evaluación y seguimiento en a las vigencias comprendidas, dando un cumplimiento del 90% para el año 2019. De acuerdo a informe presentado por el jefe de planeación.  De acuerdo a la información consolidada tanto estadística como informes e indicadores, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 86.6% de las metas planteadas para el 2017 y 94% para el 2018

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	De conformidad con la Resolución 00001342 del 29 de mayo de 2019 de Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019 " se categoriza al Hospital del Sarare <b>SIN RIESGO</b> .
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)/ (gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/Numero UVR producidas en la vigencia anterior))	<0.90	0.965	El resultado de este indicador nos mide la variación entre los años 2019 y 2018 de los gastos de funcionamiento y operación comercial con respecto a las unidades de valor relativo producidas en la vigencia evaluada con respecto a la vigencia inmediatamente anterior, el estándar es <_ 0,90 y en la vigencia 2018 fue de 1.21, en la actual vigencia fue de 0.96 por lo que muestra eficiencia en la producción en UVR, es decir que con menos costos de producción se obtuvo más unidades producidas.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	≥0.70	0	En los años 2017, 2018 y 2019, el Hospital no realizó compras a través de 1. Compras conjuntas, 2, Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	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	A. 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. B.((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - ( Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)).	Cero (0) o variación negativa	-0.06	El monto a la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios para la vigencia 2019, fue de \$16.696.545  El consolidado de este indicador para el año 2018 fue de \$291.618.575, por lo que mejoró el resultado del indicador al obtener una variación positiva con respecto al año anterior, debido que se logró cancelar los salarios de personal de contrato y especialistas.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	4	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. El informe contiene la caracterización de la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.  La ESE realizó durante la vigencia 2109 las 4 presentaciones a la Junta relacionadas con el análisis de los RIPS generados en cada trimestre, los cuales siempre fueron coherentes con la información registrada en el informe exigido por el Decreto 2193 de 2004, lo cual demuestra que el indicador fue cumplido.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	9	Resultado Presupuestal Recaudo Equilibrio con	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor de CxP de vigencias anteriores).	≥1.00	1.09	<p>La evaluación de los Indicadores de Equilibrio presupuestal que indican los pesos de respaldo en el ingreso (Reconocimiento o Recaudo) por cada peso comprometido en el gasto, muestran como resultado, que fueron superiores, evidenciando el significativo crecimiento en el año 2019 donde el indicador de equilibrio presupuestal con recaudo se situó en un CUMPLIMIENTO DEL 109%</p> <p>Este indicador nos muestra la relación entre los Ingresos Totales y Gastos Comprometidos durante la vigencia 2019, esto nos indica que en la vigencia los ingresos recaudados fueron mayores que los gastos comprometidos se evidencia el compromiso adquirido de la administración, con el propósito de respaldar estos gastos con el recaudo efectivo. Para el 2019 los ingresos recaudados fueron \$64.399.881.000 mientras que los gastos comprometidos fueron \$59.187.066.000 donde el equilibrio presupuestal fue de 1.09, es decir que la ESE DEL SARARE tiene UN PESO CON 09 CENTAVO de respaldo por cada PESO comprometido en el gasto, mostrando el significativo crecimiento en el año 2019.</p>



Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	El Hospital presentó los informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	El Hospital presentó para la vigencia 2019, los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envió del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	12	Evaluación de la guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Número de Historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación /Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	≥0.80	95%	El Hospital del Sarare durante la vigencia 2019 alcanzó la meta esperada al obtener un consolidado anual del 95% frente a la calidad esperada establecida mediante resolución 408 de 2018 para la adherencia al manejo según la guía a gestantes con trastornos hipertensivos y hemorragias en el III trimestre.  De 60 historias auditadas 57 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo de trastornos hipertensivos en la gestación. Lo que corresponde a 95%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / total 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 entidad en la vigencia objeto de la evaluación	≥0.80	97%	<p>Para este indicador se tomó del perfil epidemiológico de cada vigencia donde se evidencia que la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida en las vigencias 2017, 2018 y 2019 fue la atención del parto; en el caso de adherencias a las guías médicas se tiene estipulado que la revisión de las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico de egreso serán escogidos por muestreo aleatorio, estas revisiones se realizan a través de una lista de chequeo por los médicos de proceso y validada por el comité de historias clínicas.</p> <p>Como se puede observar durante el 2019 la adherencia a la guía de atención de parto alcanzo la meta esperada. Esto se debió a las continuas capacitaciones y actualizaciones de inducción y reinducción realizada al comienzo de año.</p> <p>Así mismo se asignó un equipo médico con exclusividad para la atención de urgencias ginecobstetricas y atención del parto con el fin de mantener mayor control a la adherencia a la guía.</p> <p>De las 304 historias auditadas 295 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo adoptada por el hospital del Sarare para el diagnóstico de primera causa de egreso hospitalario en este caso atención del parto Lo que corresponde a 97%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento.</p>

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	14	Oportunidad en la realización de la apendicetomía	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso, a quienes se inició la Apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥0.90	92,28%	Durante las vigencias 2017, 2018 y 2019, se auditaron el 100% de las historias clínicas, las cuales presentaron oportunidad en su gran mayoría en la realización de la cirugía dentro de las primeras seis horas después del diagnóstico.  Al realizar la revisión del año 2019 se observó que se ha aumentado el número de pacientes apendicetomizados; sin embargo el cumplimiento se encuentra por encima del 90% anual.  Del análisis realizado se identificaron las situaciones que generaron acciones de mejora de aquellos aspectos que influyeron en un resultado negativo.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	A. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.  B. 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) o variación negativa	0%	En el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2019 se obtuvo un resultado de cero (0) eventos de neumonía broncoaspirativa pediátrica (IAAS) intrahospitalaria.  Este resultado se obtuvo mediante la vigilancia epidemiológica activa prospectiva y permanente, se ejecutó el seguimiento a los pacientes nacidos en el hospital del Sarare-ESE y el control y seguimiento, al uso de dispositivos médicos (catéter umbilical, catéter periférico, etc.) y aquellas que comparten espacio físico neonatal.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	≥0.90	91.6%	<p>Los criterios tomados para la evaluación de la guía se basa en la lista de chequeo que evalúa oportunidad en el tiempo de atención que debe ser menor a 10 minutos, administración de medicamentos trombolíticos, toma de ayudas diagnósticas indicadas y traslado a UCIM.</p> <p>De los 60 pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de la ESE HOSPITAL DEL SARARE correspondientes al año 2019, 55 cumplieron con el indicador de oportunidad en cuanto al inicio de la terapia específica de acuerdo a la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio del ministerio adoptada por la institución, equivalente al 91.62% de oportunidad superando el estándar de evaluación según resolución.</p> <p>Para lograr el objetivo de este indicador, se diseñaron estrategias las cuales consistieron en capacitar al personal médico que labora en la institución sobre la guía de práctica clínica del ministerio, haciendo enfoque sobre el manejo oportuno de la terapia específica, por directriz gerencial se asignó médico responsable para la evaluación de las historias clínicas y aplicando planes de mejoramiento.</p>

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/ Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	≥0.90	100%	<p>Durante el año 2019 se presentaron 119 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 9.43 fallecimientos por cada 1000 egresos</p> <p>Se observa una disminución con respecto al año anterior tanto en la tasa como en el número de fallecidos. Este resultado mantiene la meta institucional que está planteada desde hace dos años y que está ubicada en 10 fallecimientos por cada 1000 egresos, parando la tendencia comparativa de los tres años anteriores (2015-2017) en los cuales la tasa anual de mortalidad venía en aumento paulatinamente</p> <p>Uno de los aspectos que contribuyó a frenar la tendencia ascendente del resultado es la mayor oportunidad en la ubicación de las remisiones de los pacientes críticamente enfermos.</p> <p>Se observó que de las defunciones del año 2019, un 56 % se presentó en pacientes de género masculino, conservando la tendencia del año 2018 y en cuanto a la procedencia el 47% corresponden al municipio de Saravena, resultado que sigue manteniendo la cifra del año anterior; En segundo lugar se encuentra el municipio de Arauquita con 24% de las defunciones mayores a 48 horas del ingreso, desplazando al municipio de Tame que había ocupado el segundo lugar el año anterior. Se analizaron el 100% de los casos presentados.</p>

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea Base a 31/12/2019	Observaciones
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≥5	5.348	Para la vigencia 2019 se registra un incremento en la oportunidad de consulta de pediatría de primera vez en la ESE Hospital del Sarare. La Oportunidad de consulta en el 2018 estaba en 3.391 días mientras que para el 2019 se observa un incremento a 5.348 días reflejando una tendencia negativa en los resultados de la oportunidad, incumpliendo con el estándar anual que es menor o igual a 5 días. Esta desviación obedece a la falta de especialistas disponibles en la región para atender la demanda de este grupo de pacientes
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstétrica	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≥8	3.063	En la vigencia 2019 en el Hospital del Sarare ESE la Oportunidad de consulta obstétrica arrojó un resultado de tiempo promedio de asignación de cita de primera vez igual a 3.063 días, mejorando, la oportunidad presentada en 2018 la cual era de 3.12 días. Este resultado obedece a la ampliación de Horas contratadas de esta especialidad con respecto a la vigencia anterior
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de medicina Interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	≥15	3.671	En la vigencia 2019 en el Hospital del Sarare ESE la Oportunidad de consulta de Medicina Interna arrojó un resultado de tiempo promedio de asignación de cita de primera vez igual a 3.671 días, variando levemente con respecto a la oportunidad presentada en 2018 la cual era de 3.35 días. Sin embargo el resultado se encuentra por debajo de la meta de oportunidad establecida por el indicador la cual corresponde a 15 días. Este resultado obedece a la ampliación de Horas contratadas de esta especialidad con respecto a la vigencia anterior

**PROYECCIÓN PLAN DE GESTION 2020-2023**

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1. Elaborar el Plan de Acción del ciclo de preparación para la acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 123 de 2012 y Resolución 5095 de 2018 2. Conformar los equipos de autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la institución. 3. Capacitación a los líderes de proceso en el tema Acreditación servicios de Salud y autoevaluación. 4. Realizar la autoevaluación de acuerdo al instrumento desarrollado por el Ministerio de la protección Social 5. Realizar la calificación acorde a la hoja radar 6. Realizar las priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen. 7. Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.	≥1.20	0.05	1,575	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año	Mantener la línea base y superar el estándar para cada año

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia 20%	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	<p>1. Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2020, 2021, 2022 y 2023</p> <p>2. Con las oportunidades de mejora priorizadas (acreditación) acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen; definir las acciones de mejoramiento para los hallazgos y/o incumplimientos detectados.</p> <p>3. Definir barreras y cronograma de ejecución de acciones de mejoramiento.</p> <p>4. Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. *Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.</p> <p>5. Socialización y ejecución del programa de Auditoria.</p> <p>6 Realizar seguimiento periódico a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y sus respectivos cierres de ciclo</p>	≥0.90	0.05	75%	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90



Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	<p>1. Elaborar el Plan de Desarrollo Institucional alineado con el Plan de desarrollo Departamental, para la vigencia 2020 - 2023 y presentar a Junta para su aprobación en antes de finalizar el primer Semestre de 2020.</p> <p>2. Formulación de planes operativos anuales en concordancia con el plan de desarrollo Institucional, Plan de Gestión y demás planes institucionales.</p> <p>3. Efectuar seguimiento y control periódico y sistemático a cada uno de los planes operativos, con retroalimentación al comité de Gestión y Desempeño, y Junta Directiva.</p>	≥0.90	0.1	90%	≥0.9	≥0.9	≥0.90	≥0.90
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	<p>1. Administrar los recursos de la ESE logrando el equilibrio presupuestal entre el gasto comprometido y los recaudos.</p> <p>2. fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación, y respuesta a glosa.</p> <p>3. Depurar la cartera con el fin de establecer información real.</p> <p>4. Incrementar la venta de servicios con la creación de nuevos servicios: UCI Adulto, UCIN neonatal, ortopedia de mayor complejidad, neurocirugía.</p>	Categorizada SIN RIESGO	0.05	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Financiera y Administrativa 40%			<p>5. Hacer seguimiento a los ingresos operacionales corrientes, para que los gastos que se comprometían tengan respaldo con dichos ingresos (corrientes)</p> <p>6. Que los pasivos adquiridos a largo plazo no superen la estimación del recaudo de cartera de largo plazo.</p> <p>7. Hacer seguimiento a los ingresos y gastos para que no se hagan compromisos si el presupuesto de ingresos no se está cumpliendo.</p> <p>8. Generar lineamientos de austeridad y control</p>							
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<p>1. Revisar la capacidad instalada vs producción</p> <p>2. Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados</p> <p>3. Controlar del gasto y el costo: Generación de información que permite la toma oportuna de decisiones para el control del gasto y el costo de acuerdo con la producción.</p> <p>4. Incrementar de la producción: Propuestas de contratación a nuevos pagadores dado el potencial de afiliados al Régimen Contributivo y otras IPS en la Localidad, que</p>	<0.90	0.05	0.965	0.95	0,95	0,92	0,9

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Financiera y Administrativa 40%			incrementen el nivel de ingresos.							
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	1. Revisar las ventajas de este tipo de contratación, 2. Verificar oferta en mercado libre y ventajas competitivas. 3. Reuniones con las diferentes ESE del departamento para revisar posible contratación en conjunto. 4. Solicitar cotizaciones a las cooperativas de otros departamentos, para comparar precios con los distribuidores actuales y comprar solo aquellos productos con mejores precios.	≥0.70	0.05	0	0,1	0,15	0,2	0,2
	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	1. Pagar las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. 2. Realizar de manera oportuna la radicación y contabilización de cuentas de colaboradores. 3. Realizar seguimiento a los pagos en los términos establecidos 4. Fortalecer las políticas de recuperación de cartera.	Cero (0) o variación negativa	0.05	-0,06	Disminuir la deuda	Disminuir la deuda	Disminuir la deuda	Disminuir la deuda

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Financiera y Administrativa 40%		monto frente a la vigencia anterior								
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	1. Procesar, validar y analizar la información de los servicios prestados generados por los RIPS, clasificados en atención. Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de demanda de los servicios. 2. Consolidar los informes de RIPS y presentar a la junta directiva.	4	0.05	4	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1. Evitar el déficit presupuestal ajustando permanentemente los gastos comprometidos de manera que no superen los recaudos 2. Maximizar la productividad de la capacidad instalada. 3. Armonizar la producción, la facturación y el recaudo.	≥1.00	0.05	1,09	1,09	1,09	1,1	1,1
	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.a	1. Elaborar cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información. 2. Generar una Política de revisión sistemática y periódica de los Informes correspondientes a la Circular Única de la Supersalud 3. Realizar revisión y validación de la información	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0.05	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
			4. Realizar socialización y Sustentación de informes  5. Realizar envío de información semestral a la Súper Salud de acuerdo a fechas establecidas							
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya..	1. Elaborar cronograma interno, en donde se establezcan fechas de entrega por parte de las unidades productoras de la información y su responsable directo  2. Generar una Política de revisión sistemática y periódica de los Informes correspondientes al decreto 2193 de 2004.  3. Realizar revisión y validación de la información  4. Realizar socialización y Sustentación de informes  5. Realizar envío de información de acuerdo al cronograma establecido por la UAESA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0.05	SI	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	12	Evaluación de la guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o	1. Realizar revisión y actualización (si hubiere lugar) de la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0.80	0.07	95%	0,85	0,9	0,9	0,95

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica o Asistencial 40%		trastornos hipertensivos en gestantes	<p>2. Socializar la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.</p> <p>3. Medir la adherencia de la guía Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.</p> <p>4. Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación</p> <p>5. Realizar socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia.</p> <p>6. Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía</p>							
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	<p>De acuerdo al perfil epidemiológico con la primera causa de egreso de la vigencia anterior :</p> <p>1. Realizar revisión y actualización (si hubiere lugar) de la guía de primera causa de egreso Hospitalario.</p> <p>2. Socializar la guía de Primera causa de egreso Hospitalario.</p>	≥0.80	0.05	97%	0,85	0,9	0,9	0,95

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica o Asistencial 40%			3. Medir la adherencia de la guía egreso Hospitalario.  4. Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica  5. Realizar socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia.  6. Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía							
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	1. Realizar revisión y actualización (si hubiere lugar) de la guía  2. Socializar la guía de Apendicectomía  3. Medir la adherencia de la guía de Apendicectomía.  4. Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica  5. Realizar socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia.  6. Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía	≥0.90	0.05	92,28%	0,9	0,9	0,9	0,9

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica o Asistencial 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar, actualizar, socializar, implementar y evaluar la adherencia de guías para el manejo de las neumonías pediátricas.</li> <li>2. Identificar y tomar medidas preventivas en los pacientes pediátricos con riesgo de broncoaspiración desde el ingreso intrahospitalario</li> <li>3. Identificar y realizar seguimiento al paciente con riesgo de broncoaspiración desde el ingreso intrahospitalario.</li> <li>4. Tomar medidas preventivas en los pacientes pediátricos con riesgo de broncoaspiración</li> <li>5. Formular plan de mejora en articulación con el Programa de Seguridad de Pacientes.</li> </ol>	Cero (0) o variación negativa	0.05	0%	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar revisión y actualización (si hubiere lugar) de la guía de Infarto Agudo de Miocardio</li> <li>2. Socializar la guía de Infarto Agudo de Miocardio</li> <li>3. Medir la adherencia de la guía Infarto Agudo de Miocardio</li> </ol>	≥0.90	0.05	92%	0,9	0,9	0,9	0,9



Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica o Asistencial 40%			<p>4. Realizar seguimiento trimestral de los casos en el comité de historia clínicas a la guía de manejo específica</p> <p>5. Realizar socialización y retroalimentación al personal de la evolución de adherencia.</p> <p>6. Realizar inducción a los médicos nuevos que ingresen a la institución sobre la guía</p>							
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Realizar a través del Comité de mortalidad hospitalaria, un abordaje del 100% de las mortalidades después de las 48 horas independientes de su causa, con el análisis y/o información implementar acciones o coordinar servicios que cambien perfiles epidemiológicos.	≥0.90	0.05	100%	100%	100%	100%	100%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	<p>1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio.</p> <p>2. Realizar medición y análisis mensual del indicador</p> <p>3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de pediatría de acuerdo al anterior análisis.</p>	≤5	0.03	5,348	≤5	≤5	≤5	≤5

Área de Gestión	No.	INDICADOR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	%	LINEA BASE 31 DIC 2019	METAS			
							2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica o Asistencial 40%	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. 2. Realizar medición y análisis mensual del indicador 3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de gineco - obstetricia de acuerdo al anterior análisis.	≤8	0.03	3,063	≤8	≤8	≤8	≤8
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	1. Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. 2. Realizar medición y análisis mensual del indicador 3. Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de medicina interna de acuerdo al anterior análisis.	≤15	0.03	3,671	≤7	≤7	≤7	≤7

**CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO**

Gerente