

PLAN DE GESTIÓN 2020-2023



JUNIO, 2020

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN
PABLO CÁCERES SERRANO

"HOSPITAL NUEVO Y SOSTENIBLE"



E.S.E Hospital Regional
Manuela Beltrán
III Nivel, El Socorro - Santander



ACUERDO No. 010

(03 de junio 2020)

Por medio del cual se APRUEBA el Plan de Gestión 2020-2023 de la Empresa Social del Estado Hospital Manuela Beltrán.

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Manuela Beltrán en uso de sus facultades que le confiere el artículo 11 del Decreto 1876 de 1994 y el artículo 16 del Decreto Departamental No.00436 del 12 de diciembre de 2007, y las demás que establece la ley y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2 de la 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, se estableció que todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social deben ser evaluados a través de *indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar*, y para el caso en particular de las Empresas Sociales del Estado, los indicadores deben tener 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”*.

Que Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en particular en su artículo 72, establece que la Junta Directiva debe *aprobar el Plan de Gestión* para ser ejecutado por el Gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Igualmente establece que el contenido del Plan de Gestión debe incluir, entre otros aspectos, *“las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios”*.

Que el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, prescribe el procedimiento a seguir para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y el artículo 74, establece el proceso que se deberá dar cumplimiento para la evaluación del mismo.

Que posteriormente el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 710 de 2012, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

Que la Resolución 710 de 2012, fue modificada por la Resolución 743 de 2013, en particular, los anexos 2, 3 y 4 del artículo 2° y modificando el artículo 3° y precisando que la fecha de presentación del informe anual del Plan de Gestión para evaluación por parte de la Junta Directiva, debe ser a más tardar el 1° de abril de cada año, sobre los resultados obtenidos

entre el 1° de enero y 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, siempre y cuando, el Gerente se desempeñe en la totalidad de la vigencia a evaluar.

Que posteriormente, la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones, sustituyó integralmente los anexos 2, 3 y 4 adoptados por la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, con el fin de incorporar las disposiciones de la Resolución 256 de 2016 relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Que mediante Decreto 00436 de 2007 se crea la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, como una Entidad Descentralizada del orden departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander.

Que mediante Decreto Departamental No. 0197, del 17 de marzo de 2020, se realizó nombramiento del doctor PABLO CÁCERES SERRANO, identificado con cédula de ciudadanía número 91.493.839, en calidad de Gerente de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán para el periodo institucional comprendido desde el 01 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2024, tomando posesión mediante Acta de Posesión del marzo 24 del 2020.

Que el 13 de mayo de 2020, en cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias, encontrándose dentro del término legal, la Gerencia radicó ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, el proyecto del Plan de Gestión 2020-2023, denominado HOSPITAL NUEVO Y SOSTENIBLE.

Que en sesión extraordinaria de Junta Directiva efectuada el 03 de junio de 2020, se le dio aprobación al Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán para el periodo 2020-2023.

Que, en virtud de lo expuesto,

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el Plan de Gestión *de la Empresa Social del Estado Hospital Manuela Beltrán*, para el periodo 2020-2023, denominado HOSPITAL NUEVO Y SOSTENIBLE, el cual fue presentado por la Gerencia ante la Junta Directiva el 13 de mayo de 2020.

ARTÍCULO SEGUNDO: Se incorpora el contenido aprobado del Plan de Gestión, el cual hace parte integral del presente Acuerdo de Junta Directiva, así:

PLAN DE GESTIÓN 2020-2023
“HOSPITAL NUEVO Y SOSTENIBLE”

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN
NIT. 900190045-1

Presentado a:
HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN

Presentado por
PABLO CÁCERES SERRANO
GERENTE

SOCORRO, SANTANDER
2020

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

NERTHINK MAURICIO AGUILAR HURTADO
GOBERNADOR DE SANTANDER
PRESIDENTE DE JUNTA DIRECTIVA

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUÁREZ
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTÍFICO INTERNO

SAMUEL DE JESÚS CARDOZO GALVIS
REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTÍFICO EXTERNO

JOSÉ ERNESTO MARTÍNEZ PORRAS
REPRESENTANTE DE LAS ALIANZAS
O ASOCIACIONES DE USUARIOS

LUIS ALFREDO BOHÓRQUEZ RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE DE LOS GREMIOS DE
LA ASOCIACIÓN DE LA PRODUCCIÓN

SECRETARIO EJECUTIVO

PABLO CÁCERES SERRANO
GERENTE

Decreto de Nombramiento No. 0197 del 17 de marzo de 2020
Acta de Posesión No. 009 del 24 de marzo de 2020

INTRODUCCIÓN

Las difíciles circunstancias que actualmente afronta el mundo, agudizadas por los impactos de la pandemia del COVID-19 en todos los ámbitos de la vida humana, implican la necesidad apremiante de asumir nuevos retos y responsabilidades en todas las instituciones del país. La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, debe realizar una transformación sustancial en la gestión, con ideas *innovadoras* que garanticen la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y *sostenibilidad* en el tiempo.

Por tal motivo, el presente Plan de Gestión Gerencial denominado “*HOSPITAL NUEVO Y SOSTENIBLE*”, el cual concuerda con las demás formas internas de planeación de la E.S.E., en especial, con el Plan de Desarrollo Institucional que se plantea para el cuatrienio, buscan consolidar una nueva concepción en la forma de prestación de los servicios de salud, que garantice la accesibilidad, la calidad y la capacidad de atención y, a su vez, la optimización y permanencia de la entidad.

Este Plan de Gestión parte de una situación inicial de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, que implica enormes retos para la prestación de servicios de salud desde aspectos financieros, estructurales y operativos. La complejidad de la situación financiera en la que se recibe la entidad, con un enorme pasivo, sin equilibrio presupuestal frente al recaudo efectivo, grave deterioro de la cartera, por un lado; y por el otro, con incertidumbres administrativas en algunos temas neurálgicos de prestación de servicios de salud por cuenta de relaciones contractuales no resueltas en vigencias anteriores.

Este Plan de Gestión será la herramienta y marco de acción de la Gerencia y, por lo tanto, permitirá direccionar los planes operacionales, señalar el norte para la eficiente asignación de recursos y facilitar el cumplimiento de los objetivos que se han dispuesto para el periodo institucional, buscando siempre el mejoramiento continuo.

Este documento se encuentra estructurado en cuatro capítulos; en el primero, se exponen las generalidades que rodean este instrumento de planeación, esbozando el marco normativo, la metodología empleada para su elaboración y presentación, los roles de los actores que interviene en cada una de las etapas y la relación del Plan de Gestión con el Plan de Desarrollo Institucional.

En el segundo apartado, se presenta el diagnóstico inicial o Línea de base por cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial a 31 de diciembre de 2019. Igualmente se registran las observaciones sobre la situación en las que se encontró la entidad y determinar el punto de partida y los retos que se deben asumir para cambiar la situación de la Empresa Social del Estado.

En el tercer capítulo se describen los logros que se proponen alcanzar por cada área de gestión, dando un panorama del escenario que se proyecta alcanzar al finalizar el periodo de la Gerencia con el apoyo y compromiso de todos los actores que conformamos la familia de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán.

El último capítulo hace un esbozo del procedimiento para la evaluación anual del presente Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva y la interpretación de los resultados de acuerdo la matriz de calificación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PABLO CÁCERES SERRANO

Gerente

1. GENERALIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, de conformidad con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 y en especial con el artículo 1 del Decreto 1876 de 1994, es una Empresa Social del Estado de Tercer (III) nivel de complejidad, creada mediante Decreto Departamental No. 00436 de diciembre 12 de 2007, como una entidad pública, descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, presupuestal y financiera, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander.

En ejercicio del objeto social, la E.S.E. Hospital Regional Manual Beltrán, presta servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad a la población de la Provincias Comunera, Guanentá y Vélez y su área de influencia, teniendo impacto en más de 379.000 habitantes del Departamento de Santander, adelantando actividades promoción y fomento de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, acordes con su nivel de atención y complejidad.

1.1 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.

En el artículo 2 se estableció que todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social deben ser evaluados a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar. Para el caso en particular de las Empresas Sociales del Estado, los indicadores deben tener 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 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Mediante los artículos 72 y 74, se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado -E.S.E. del orden territorial.

En particular, el artículo 72, establece que la Junta Directiva debe aprobar el Plan de Gestión para ser ejecutado por el Gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Igualmente establece que el contenido del Plan de Gestión debe incluir, entre otros aspectos, *“las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios”*.

Por su parte, el artículo 73, prescribe el procedimiento a seguir para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y el artículo 74, establece el proceso que se deberá cumplimiento para la evaluación del mismo.

Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

La Resolución 710 de 2012, fue modificada por la Resolución 743 de 2013, en particular, los anexos 2, 3 y 4 del artículo 2° y modificando el artículo 3° y precisando que la fecha de presentación del informe anual del Plan de Gestión para evaluación por parte de la Junta Directiva, debe ser a más tardar el 1° de abril de cada año, sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, siempre y cuando, el Gerente se desempeñe en la totalidad de la vigencia a evaluar.

Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Esta Resolución sustituyó integralmente los anexos 2, 3 y 4 adoptados por la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, con el fin de incorporar las disposiciones de la Resolución 256 de 2016 relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud -SOGCS del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

1.2 METODOLOGÍA

La metodología empleada es la prevista en la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempla, en ciclo continuo, el desarrollo de actividades por parte de la Gerencia y su equipo, en cinco fases, que se detallan a continuación:

1. Fase de preparación
2. Fase de Formulación
3. Fase de Aprobación
4. Fase de Ejecución
5. Fase de Evaluación



Fase de Preparación: En esta fase se debe identificar las fuentes de información que permiten establecer el diagnóstico inicial o la línea de base.

La Gerencia en cumplimiento de esta fase, estuvo en comunicación permanente con la Subdirección Administrativa y Financiera y la Subdirección Científica, asimismo con los líderes de cada área de la entidad, para contar con la información requerida para cada uno de los indicadores y estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fase de Formulación: En esta fase se debe elaborar el Diagnóstico inicial de la E.S.E. para cada uno de los indicadores y estándares previstos en la matriz del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez obtenido el diagnóstico inicial, se debe proyectar el escenario que se desea alcanzar al finalizar el periodo institucional del Gerente, determinando las actividades y acciones que se ejecutarán, determinando las metas anuales (años 1, 2, 3 y 4). La fase finaliza con la presentación del proyecto de Plan de Gestión para el estudio, análisis y aprobación por la Junta Directiva de la E.S.E.

Los resultados de esta fase de formulación se ven materializados en el presente documento. La Gerencia y el equipo asesor, consolidaron el diagnóstico inicial y el correspondiente análisis situacional para cada uno de los indicadores y estándares previstos en la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. También se proyectó el escenario esperado al final del periodo institucional de la Gerencia, buscando obtener un Hospital equilibrado financieramente, con una concepción innovadora y humanizada en la prestación de los servicios de salud, que garantice la accesibilidad, la calidad y la capacidad de atención, a su vez, la optimización y permanencia de la entidad en el tiempo.

En la proyección de las metas anuales, se tuvo especial cuidado que, para la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, es decir, para el año 2020, no se cuenta con el año completo, y se estipularon con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades.

Fase de Aprobación: En esta etapa, el Gerente debe presentar el Proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva, cumpliendo el procedimiento y términos previstos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

Con la radicación del presente documento y el trámite dado al mismo por la Junta Directiva de la E.S.E., se entiende surtida esta fase.

Fase de Ejecución: Una vez se cuente con la aprobación del Plan de Gestión, se debe ejecutar desarrollando las siguientes acciones:

1. Despliegue del Plan de Gestión a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. Seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión 2020-2023.

Fase de Evaluación: La evaluación del Plan de Gestión se debe realizar de manera anual con fundamento en el Informe que presente la Gerencia ante la Junta Directiva a más tardar el 1° de abril de cada año, sobre los logros obtenidos por la E.S.E. con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, comparados con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados aprobados para dicha anualidad en el Plan de Gestión.

De conformidad con la normatividad vigente, para el año 2020, no aplica la evaluación correspondiente, debido a que el Gerente no se desempeñará en la totalidad de la vigencia, pues el periodo institucional inició el 01 de abril de 2020. Por lo tanto, en esta fase se deben realizar las evaluaciones para las vigencias 2021, 2022 y 2023.

1.3 ROLES DENTRO DEL PLAN DE GESTIÓN

1.3.1 Junta Directiva

- Analizar el proyecto de Plan de Gestión para el periodo institucional 2020-2023, presentado por la Gerencia de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán de El Socorro, Santander.
- Aprobar el Proyecto de Plan de Gestión, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación por parte de la Gerencia.
- Resolver las Observaciones que pueda presentar el Gerente de la E.S.E, al Plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, si hay lugar a ello.
- Evaluar la gestión realizada por la Gerencia de la E.S.E, con fundamento en el Informe Anual de Gestión, haciendo constar en un Acuerdo, debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados previstos en el Anexo 5 de la Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Notificar al Gerente del Acuerdo de Junta Directiva, para que considere la pertinencia de interponer los recursos de ley.

1.3.2 Gerente

- Identificar las fuentes de información y preparar el proyecto de Plan de Gestión.
- Presentar y sustentar el Proyecto de Plan de Gestión formulado para la vigencia del periodo institucional ante la Junta Directiva, dentro de los términos previstos por la Ley.
- Proponer observaciones al Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva, si lo considera pertinente.
- Dar por aprobado e implementar el Plan de Gestión inicialmente presentado, si durante el término legal, la Junta Directiva no aprueba el proyecto de plan de gestión presentado.
- Desplegar el Plan de Gestión que resulte aprobado a las áreas y unidades de gestión de la entidad en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.

- Realizar seguimiento permanente de la ejecución de las actividades y acciones de las áreas y unidades de gestión de la entidad, para garantizar el cumplimiento cabal del Plan de Gestión aprobado para la vigencia 2020-2023.
- Preparar el Informe anual de Gestión con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, sobre la ejecución del Plan aprobado por la Junta Directiva.
- Presentar ante la Junta Directiva el informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, a más tardar el 1° de abril de cada vigencia.
- Sustentar ante la Junta Directiva, el Informe anual de gestión dentro de los términos establecidos en la ley.
- Recibir notificación del Acuerdo de Junta Directiva que haga constar la sumatoria de las calificaciones ponderadas de cada uno de los indicadores aplicables a la entidad y decidir si interpone los recursos de Ley ante dicho acto administrativo.

1.3.3 Áreas y Unidades de Gestión

- Participar en la preparación del Proyecto de Plan de Gestión para la vigencia 2020-2023.
- Participar en la ejecución de los planes de acción, de acuerdo a las responsabilidades asignadas, buscando que se garantice la correcta ejecución del Plan de Gestión aprobado para la E.S.E.
- Participar en la preparación del Informe Anual de Gestión, aportando y/o certificando los datos e informaciones que se requieran, para soportar de manera válida y confiable ante la Junta Directiva.

1.3.4 Revisor Fiscal

- Certificar la información de los indicadores específicos señalados en la Metodología adoptada por la Resolución 408 de 2018, y las normas que la modifiquen o sustituyan.

1.4 RELACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN Y EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Este Plan de Gestión Gerencial 2020-2023, es un plan estratégico que tiene articulación directa con el Plan de Desarrollo Institucional que se propone para el mismo periodo, pues aquí se enuncian las acciones generales que la Gerencia, junto con todos los integrantes y colaboradores de la familia de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, se compromete a implementar para alcanzar las metas y resultados esperados.

En cada vigencia, se irán determinando las acciones y actividades en forma detallada para dar cabal cumplimiento a los objetivos trazados en este Plan de Gestión y en el Plan de Desarrollo Institucional, buscando siempre llevar a la entidad al escenario proyectado y aprobado ante la Junta Directiva de la E.S.E.

El compromiso de la Gerencia es el de incorporar en el Plan de Desarrollo Institucional aquellos elementos característicos e indispensables para el cumplimiento de la visión que se busca implementar en la entidad, la cual consiste en lograr una transformación sustancial en la gestión, con ideas *innovadoras* que garanticen la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y *sostenibilidad* en el tiempo.

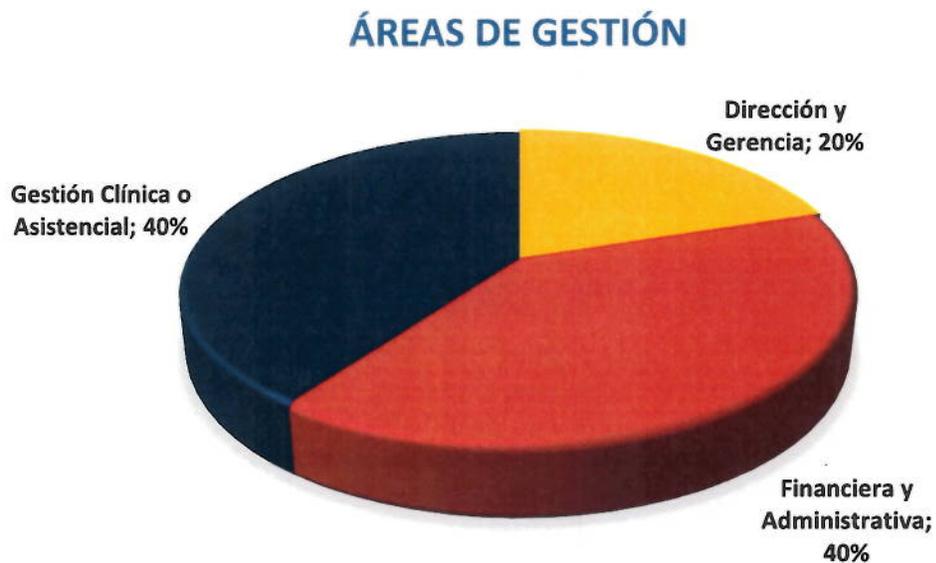
Tanto el presente Plan de Gestión Gerencial, como el Plan de Desarrollo Institucional, en plena armonización, trazarán la hoja de ruta que seguirá la entidad en los próximos cuatro años, y de los cuales se derivarán los planes de acción de cada vigencia, todo dentro de un ciclo de mejoramiento continuo.

2. DIAGNÓSTICO INICIAL O LÍNEA DE BASE POR CADA INDICADOR

El presente capítulo expone detalladamente el *Diagnóstico Inicial* o punto de partida a 31 de diciembre de 2019, de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán en los indicadores incluidos para cada una de las *Áreas de Gestión* que determina la metodología prevista por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Áreas de Gestión, de conformidad con la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, son las siguientes:

- | | |
|----------------------------------|------|
| 1. Dirección y Gerencia | 20 % |
| 2. Financiera y Administrativa | 40 % |
| 3. Gestión Clínica o Asistencial | 40 % |



2.1 ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥1,20	1,143	<p>Para la vigencia 2019, el resultado de la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación se obtuvo un resultado de 2,4. Además se evidencia que en la E.S.E. se trabajó el Proyecto de Certificación de Calidad del Proceso de Atención en Consulta Externa Especializada bajo la Norma Técnica NTC ISO 9001:2015.</p> <p>Se toma la información para la línea base de la Certificación expedida por la Jefe de la Oficina de Calidad y del reconocimiento otorgado a la E.S.E. por el INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN-ICONTEC</p>

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud	≥0,9	0,925	En la vigencia 2019, se plantearon 80 acciones de mejoramiento y se ejecutaron 74, lo que arroja un resultado del indicador del 0,925. Sirve de sustento para establecer la línea de base, la información que reposa en la página de la SUPERSALUD.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0,9	0,98	En 2019, de acuerdo a Certificación expedida por la Oficina de Calidad con funciones de planeación, la E.S.E. cumplió a cabalidad 49 de las 50 metas establecidas en el Plan Operativo Anual 2019.

2.2 ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO Vigencia 2018	<p>De acuerdo a la Resolución No. 0001342 del 29 de mayo de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán, estuvo SIN RIESGO para la <i>vigencia 2018</i>; por lo tanto, en la vigencia 2019, no se debió adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.</p> <p>La E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán en el momento de la elaboración del Plan de Gestión no ha recibido la categorización de los resultados fiscales y financieros de 2019 que realiza el Ministerio de Salud y Protección y que publica a finales del mes de mayo de 2020.</p> <p>Es importante resaltar que, a 31 de diciembre de 2019, la entidad tiene un pasivo de \$14.090 millones y una cartera de \$45.952 millones, de los cuales, más del 50% es mayor a 360 días, lo que hace preocupante la situación.</p>

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,90	0,964	Según la información registrada en el SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, la E.S.E. pasó de 5.054,05 en 2018 a 4.872,01 en 2019, lo que arroja un 0,964 como resultado de este indicador.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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	≥0,7	0,67	De acuerdo a la Certificación expedida por el Revisor Fiscal, durante la vigencia 2019, se alcanzó solo una proporción del 0,67 de las compras realizadas por los mecanismos previstos en la Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
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	Cero (0)	La Revisoría Fiscal de la E.S.E certificó que, a 31 de diciembre de 2019, el monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de prestación de servicios fue de cero (0) pesos.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	La Oficina de Calidad de la E.S.E Certifica que durante la vigencia 2019, se presentaron ante la Junta Directiva 4 informes sobre RIPS.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	0,86	En el SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, se evidencia un equilibrio presupuestal con recaudos del 0,86, lo que significa que por cada 100 pesos que la E.S.E. compromete en gastos, solo recauda 86 pesos.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	La Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la SUPERSALUD, certifica que la E.S.E cumplió oportunamente con la entrega del reporte de la Circular Única.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
11	Oportunidad en el 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 norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<p>La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán viene presentando la información que se evalúa en este indicador de manera oportuna.</p> <p>La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, certifica que la E.S.E cumplió oportunamente en el reporte de la información trimestral del año 2019 de que trata el 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.</p>

2.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥0,8	1	La aplicación de la Guía de manejo se remite a la Resolución interna 046 del 20 de febrero de 2018, por medio de la se adoptó la guía en la entidad. Según el informe del Comité de Historias Clínicas, se evaluaron 119 Historias Clínicas y en 119 se observó la aplicación de la Guía de Manejo.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	0,914	El Comité de Historias Clínicas certifica que se evaluaron 185 Historias y se evidenció aplicación a la Guía en 169, durante el 2019.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	≥0,9	0,984	En la vigencia 2019, a 181 pacientes se les realizó apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico del total de 184 pacientes con diagnóstico de apendicitis, según lo certifica el Subdirector Científico de la entidad.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	Cero (0)	En la vigencia 2019, no hubo reporte de eventos adversos y diagnósticos relacionados con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, según certificación del Comité de Seguridad del Paciente.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	1	De acuerdo al Informe rendido por el Comité de Historias Clínicas, del total de 187 pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en 2019, a la totalidad se les inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,9	1	De acuerdo al Informe Referente de Seguridad del Paciente de la entidad, en 2019, se analizaron en Comité de Mortalidad, la totalidad de los 133 casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	6,114	En el módulo de calidad de la atención de la ficha técnica del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, se evidencia para 2019, un tiempo de espera de 6,114 para la asignación de cita de pediatría de primera vez.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤8	5,974	En la ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social., se establece para el 2019, un tiempo de espera de 5,974 para la asignación de cita de obstetricia. Se evidencia que el valor se encuentra ajustado dentro de los rangos establecidos en la Resolución 408 de 2018.

No. del Indicador	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (estado a 31 de diciembre de 2019)	Observaciones
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	9,557	<p>En la ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social., se establece para el 2019, un tiempo promedio de espera de 9,557 para la asignación de cita de medicina interna.</p> <p>Se evidencia que el valor se encuentra ajustado dentro de los rangos establecidos en la Resolución 408 de 2018.</p>

3. FORMULACIÓN DE LOGROS A ALCANZAR, ACTIVIDADES GENERALES POR CADA INDICADOR Y METAS ANUALES

En este apartado se hará exposición de los logros o compromisos que se pretenden cumplir en cada una de las Áreas de Gestión que componen el Plan de Gestión para la vigencia 2020 – 2023, así como también las *actividades generales* que deben realizarse para alcanzar el escenario que se proyecta para la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán al finalizar el periodo institucional del Gerente.

De igual manera, en cada indicador, se plantean las *metas anuales* que se proyectan alcanzar, para ir progresivamente cambiando la situación encontrada en el diagnóstico. En el planteamiento de las metas anuales se tuvo especial cuidado que, para la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, es decir, para el año 2020, no se cuenta con el año completo, y se estipularon con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades.

3.1 ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

El área de Dirección y Gerencia, de acuerdo a lo establecido en el Anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, comprende tres (3) indicadores, los cuales son:

- Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
- Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud.
- Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Los tres indicadores del Área de Dirección y Gerencia tienen relación directa con el mejoramiento de la planeación institucional y la calidad de la atención en salud, de ahí la importancia de establecer estrategias que permitan garantizar la obtención de las metas propuestas.

En consecuencia, se establecen las siguientes estrategias:

- Compromiso y liderazgo permanente de la alta dirección con la implementación del Sistema Integrado de Gestión.
- Definición conjunta con los líderes de cada proceso de la *plataforma estratégica* de la E.S.E., de tal forma que toda la comunidad hospitalaria se sienta identificada e involucrada en todas las fases del ciclo de mejora continua de la entidad.
- Monitoreo permanente y conjunta del cumplimiento de Planes, Programas y Proyectos, cuya información permita fortalecer el proceso de toma oportuna de decisiones.

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Implementar los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer más eficiente y efectivo el proceso de autoevaluación, y así direccionar las acciones de mejora de la calidad, para preparar a la E.S.E. para una futura decisión de postulación para obtener la acreditación en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del <i>Plan de Acción</i> del ciclo de autoevaluación y mejoramiento, acorde a la normatividad vigente. • Conformación de los equipos de Autoevaluación. • Elaboración de los Planes de comunicación y capacitación, brindando apoyo continuo necesario para los equipos y colaboradores involucrados en el proceso de autoevaluación. • Realización las autoevaluaciones anuales contra estándares de acreditación. • Gestión de los planes de mejoramiento, buscando la unificación del manejo de los mismos. • Presentación los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados, en el informe de autoevaluación.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Resultado de la calificación de Autoevaluación en la vigencia: 2,40	Resultado de la calificación de Autoevaluación en la vigencia: 2,67	Resultado de la calificación de Autoevaluación en la vigencia: 2,95	Resultado de la calificación de Autoevaluación en la vigencia: 3,29

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Periodo de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud	Ejecutar 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para cada vigencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de los procesos prioritarios objeto de mejoramiento, con la respectiva Planeación del Procedimiento de Auditoría para cada proceso priorizado. • Consolidación y aprobación del Programa de Auditoría para cada vigencia, incluyendo las autoevaluaciones con enfoque de acreditación. • Ejecución de los procedimientos de auditoría y autoevaluación planeados. • Definición de los Planes de Mejoramiento y de los cronogramas de ejecución de las acciones de mejora. • Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas, con la respectiva retroalimentación a los equipos de mejora y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.	Ejecutar a cabalidad el 90 % o más de las acciones de mejora propuestas para la vigencia.

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Periodo de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Cumplimiento del 90 % o más de las metas programadas del Plan Operativo Anual de cada vigencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y socialización del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2020-2024, debidamente articulado con el presente Plan de Gestión. • Desplegar el Plan de Desarrollo Institucional aprobado a las áreas y unidades de gestión de la entidad en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades. • Realización del seguimiento periódicamente a los avances de los planes de acción, realizando planes de mejora cuando se presenten resultados no deseados o desviaciones no previstas.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %

3.2 ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

El área Financiera y Administrativa, de acuerdo a lo establecido en el Anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, comprende ocho (8) indicadores, los cuales son:

- Riesgo Fiscal y Financiero.
- Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producido.
- Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos 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.
- Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.
- Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones-RIPS.
- Resultado Equilibrio Presupuesto con Recaudo.
- 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.
- Oportunidad en el 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 norma que la sustituya.

Esta área de gestión tiene como propósito orientar la gestión de los recursos disponibles de la E.S.E. para garantizar la sostenibilidad fiscal y financiera, optimizar la producción y los procesos de compra de los insumos necesarios para la prestación de servicios de salud. Igualmente busca que se cumplan las obligaciones laborales y legales.

Es importante resaltar que en esta área de gestión se tiene en cuenta el equilibrio presupuestal frente a Recaudos, es decir, que los recursos que efectivamente ingresen de la entidad permitan atender los compromisos de gasto de la vigencia, situación que actualmente no se está cumpliendo en la E.S.E. y que es uno de los grandes retos por alcanzar en este cuatrienio.

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la institución sin riesgo financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de monitoreo trimestral de la información presupuestal y financiera de la E.S.E., principalmente de la información que sirve de base para la categorización del riesgo. • Análisis y mejoramiento de los procesos de contratación de venta de servicios de salud con los diferentes responsables de pago. • Fortalecimiento del recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta oportuna y conciliación de glosas. • Optimización de la capacidad instalada y de la promoción de ventas de servicios de salud, con el fin de lograr un incremento en la producción. • Seguimiento a los procesos de cobro de cartera, buscando evitar el deterioro de la misma. • Optimización, control y racionalización del gasto.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	Mantener un indicador igual o inferior a 0,9	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de estrategias de optimización de la producción acorde a la capacidad instalada. • Monitoreo mensual de la facturación por los servicios prestados. • Fortalecimiento de la venta de servicios de consulta externa especializada, implementando y optimizando alternativas como la telemedicina. • Verificación y monitoreo periódico del sistema los costos de producción para la toma de decisiones oportunas. • Fortalecer la política de austeridad en el gasto buscando la optimización del gasto sin afectación de la calidad • Evaluar la conveniencia económica y ambiental de la adopción de energías alternativas y producción más limpia, que permitan disminuir costos asociados a la prestación de servicios de salud.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Menor a 1	Menor a 0,90	Menor a 0,90	Menor a 0,90

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos 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	70 % o más por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la política de compra de medicamentos y material médico quirúrgico con cooperativas de Empresas Sociales del Estado, para llevar a la entidad al cumplimiento de este indicador, siempre que los precios ofertados y calidades sean competitivos.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 60 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
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	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de la priorización y oportunidad en el pago de salarios del personal de planta y por contrato de prestación de servicios.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones -RIPS	Presentación ante la Junta Directiva de mínimo cuatro (4) informes durante cada vigencia, con información basada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios-RIPS.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de datos generados por los RIPS sobre producción de cada trimestre. • Comparación con periodos de vigencias anteriores. • Elaboración de Planes de Mejora, en caso de ser necesario • Seguimiento a ejecución de las acciones de mejora, para obtener provecho de la información aportada por los RIPS..

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Dos (2)	Cuatro (4)	Cuatro (4)	Cuatro (4)

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Buscar la sostenibilidad presupuestal de la E.S.E. frente a recaudos, logrando indicador igual o mayor a 1	<ul style="list-style-type: none"> • Maximización de los procesos de producción, facturación y recaudo. • Optimización el gasto. • Monitoreo periódico a la evolución del gasto y del recaudo con las áreas de gestión de la entidad. • Análisis y adecuación del Manual de Cartera de la E.S.E.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
0,9	≥ 1	≥ 1	≥ 1

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte oportuno de la información solicitada por la Supersalud, en cumplimiento de la normatividad en el 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. • Monitoreo en el cumplimiento de entrega del informe semestral en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos previstos.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
11	Oportunidad en el 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 norma que la sustituya.	Reportes oportunos de la información trimestral, semestral y anual solicitada por el Decreto 2193 de 2004.	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del cronograma de entrega de Informes según fechas establecidas por la normatividad vigente. • Monitoreo en el cumplimiento de entrega de los informes en los términos previstos.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
Reportes Oportunos	Reportes Oportunos	Reportes Oportunos	Reportes Oportunos

3.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

El área de Gestión Clínica o Asistencial, de acuerdo a lo establecido en el Anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, para la E.S.E.s de tercer nivel de complejidad, comprende nueve (9) indicadores, que tienen como objetivo principal la medición de la aplicación de ciertas guías de manejo esenciales, la oportunidad en la atención e intervención de patologías recurrentes, lo que redundará en la mejoría de los servicios prestados a los usuarios de la institución.

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Adherencia igual o superior al 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente en Comité de Historias Clínicas la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Adherencia igual o superior al 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Oportunidad de la realización en la apendicetomía menor a 6 horas después de confirmado el diagnóstico, arrojando un indicador igual o superior a 0,9	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. • Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. • Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Ausencia de casos de pacientes pediátricos hospitalizados con neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la vigilancia de los posibles eventos adversos, realizando análisis y planes de mejoramiento con los comités institucionales para evitar la ocurrencia de este tipo de patologías.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
0	0	0	0

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Mantener el indicador igual o superior al 0,9	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de la Guía de manejo adoptada en la entidad. Monitoreo permanente de la adherencia de la guía de manejo. Elaboración de planes de mejoramiento, en caso de ser necesarios, realizando el respectivo seguimiento para su cumplimiento.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Analizar un porcentaje igual o superior al 90 % de los casos de mortalidad ocurridos después de 48 horas de hospitalización en el comité institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Diligenciamiento del RUAF. • Análisis de los casos de muerte intrahospitalaria para establecer causas y diseñar planes de mejoramiento con su respectivo seguimiento.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Lograr que la consulta de pediatría de primera vez tenga una oportunidad de 5 días o inferior.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de las agendas de pediatría. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de pediatría, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Oportunidad de 8 días o inferior en la asignación de citas de obstetricia de primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de las agendas de obstetricia de primera vez. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de obstetricia, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≤ 8 días	≤ 8 días	≤ 8 días	≤ 8 días

No. del Indicador	Indicador	Logros o Compromisos para el Período de Gerencia	Actividades Generales a Desarrollar
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Oportunidad de 15 días o inferior en la asignación de citas de medicina interna de primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de las agendas de medicina interna de primera vez. • Análisis de la evolución de la demanda de cita por primera vez de medicina interna, para la toma de decisiones de aumento de recurso humano especializado, aumento de horario de atención, etc.

METAS ANUALES			
2020 (abril a diciembre)	2021 (primer año de evaluación)	2022 (segundo año de evaluación)	2023 (tercer año de evaluación)
≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 15 días

4. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN Y MATRIZ DE CALIFICACIÓN

Una vez el Plan de Gestión 2020-2023, se encuentre aprobado, deberá ser ejecutado en la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán. Para la respectiva evaluación del cumplimiento de lo plasmado en el Plan de Gestión, se deberán seguir los lineamientos y directrices contenidas en la *Resolución 408 de 2018*, del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

La evaluación del Plan de Gestión se debe realizar de manera *anual* con fundamento en el Informe que presente la Gerencia ante la Junta Directiva a más tardar el 1° de abril de cada año, sobre los logros obtenidos por la E.S.E. con corte a 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior, comparados con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados aprobados para dicha anualidad en el Plan de Gestión.

De conformidad con la normatividad vigente, para el año 2020, no aplica la evaluación correspondiente, debido a que el Gerente no se desempeñará en la totalidad de la vigencia, pues el periodo institucional inició el 01 de abril de 2020. Por lo tanto, la evaluación debe realizarse para las vigencias 2021, 2022 y 2023.

Una vez la Gerencia de la E.S.E. presente el Informe Anual de Gestión, la Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. La calificación del informe anual del Plan de Gestión se debe realizar teniendo en cuenta el Anexo No. 3 y Anexo No. 4 de la Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social o norma que la sustituya.

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. Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual establece la siguiente escala de Resultados:

Escala de Resultados

RANGO DE CALIFICACION (0,0 -5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,5 Y 5.0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

El mencionado Acuerdo de Junta Directiva se deberá notificar al Gerente, quien podrá interponer *Recurso de Reposición* ante la Junta Directiva, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

La decisión de la Junta Directiva tendrá *Recurso de Reposición* ante la misma Junta Directiva y *Recurso de Apelación*, en el efecto suspensivo, ante la Superintendencia Nacional de Salud, quienes para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles, tal como lo establece el artículo 74 de la ley 1438 de 2011.

Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio 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 su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

ARTICULO TERCERO: La Evaluación del presente Plan de Gestión aprobado, se ceñirá a los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 408 de 2018, la cual modificó a la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 o la norma que la sustituya o modifique.

ARTICULO CUARTO: El presente Acuerdo de Junta Directiva rige a partir de la fecha de su expedición.

Se expide en Socorro, a los tres (03) días del mes de junio del año dos mil veinte (2020) siendo aprobado por unanimidad por los Integrantes de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



Dr. JOHN JAIMÉ RUIZ MACÍAS
Delegado Gobernador de Santander
PRESIDENTE



DR. PABLO CACERES SERRANO
Gerente
SECRETARIO EJECUTIVO

Proyectó: Raúl Eduardo Quintero Castañeda – Asesor Externo de Gerencia.

Revisó: Dr. Dairo Efraín Castro Flores – Abogado Asesor Jurídico