



# **PLAN DE GESTION 2020-2024**

**ANA MARIA PEREZ RAMIREZ  
GERENTE**

Nombrada mediante decreto 000451 del 2020

**TABLA DE CONTENIDO**

PRESENTACIÓN .....	4
1. GENERALIDADES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE.....	5
1.1 Caracterización y naturaleza .....	5
1.1 Estructura Organizacional.....	5
1.2 Georreferenciación actual y red de IPS y servicios .....	6
1.3 Marco Normativo .....	6
2. PROPÓSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	7
2.1. Propósito .....	7
2.2. Metodología de Elaboración y Aprobación.....	7
3. DIAGNOSTICO INICIAL.....	8
3.1. Área de Gestión Gerencial y Estratégica: .....	8
3.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa.....	9
3.3 Área de Gestión Clínica y Asistencial.....	10
4. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	11
4.1. Gestión de dirección y gerencia .....	11
4.1.1. Ciclo de preparación autoevaluación.....	11
4.1.2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad .....	12
4.1.3. Plan de Desarrollo Institucional .....	14
4.2 GESTION FINANCIERA.....	16
4.2.1. Riesgo Fiscal y Financiero .....	16
4.2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo.....	18
4.2.3. Medicamentos y material médico-quirúrgico.....	20
4.2.4. Deuda superior a treinta (30) días por prestación de servicios .....	21
4.2.5 Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS.....	23
4.2.6. Equilibrio Presupuestal .....	24

4.2.7	Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud .....	26
4.2.8.	Reporte Decreto 2193 de 2004 .....	27
4.3	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	29
4.3.1	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.....	29
4.3.2.	Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación.....	31
4.3.3	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica guía de atención en enfermedad hipertensiva.....	32
4.3.4	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo .....	34
4.3.5	Reingreso en el servicio de urgencias .....	36
4.3.6	Oportunidad promedio en la atención consulta médica general .....	37
5.	NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS .....	39
6.	RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA .....	39
7.	IMPLICACIONES POR EVALUACIÓN INSATISFACTORIA.....	39

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	4 de 39

## PRESENTACIÓN

Resultado de la articulación y concertación con los diferentes grupos internos de trabajo y grupos de interés, el gerente del ESE Hospital Regional Norte, presenta a la Junta directiva su plan de gestión gerencial vigencia 2020-2024, el cual se caracteriza por la inclusión de las perspectivas reales y alcanzables por parte de todo el equipo de trabajo institucional; el punto de partida fue la línea base de evolución 2019 de acuerdo al acuerdo 003 de 2020 , así mismo se fundamenta y articula con el plan de desarrollo Nacional, Departamental y sectorial enfocados todos a mejorar la calidad de vida de los usuarios y familias del departamento de Norte de Santander prestación de servicios de salud de baja complejidad.

El presente plan de gestión gerencial contiene los logros a alcanzar durante el periodo 2020 a 2024, se establecen los compromisos y actividades a realizar para cumplir con las metas establecidas en la resolución 408 del 2018 y serán evaluadas anualmente mediante indicadores de gestión por cada área definida en la normatividad actual.



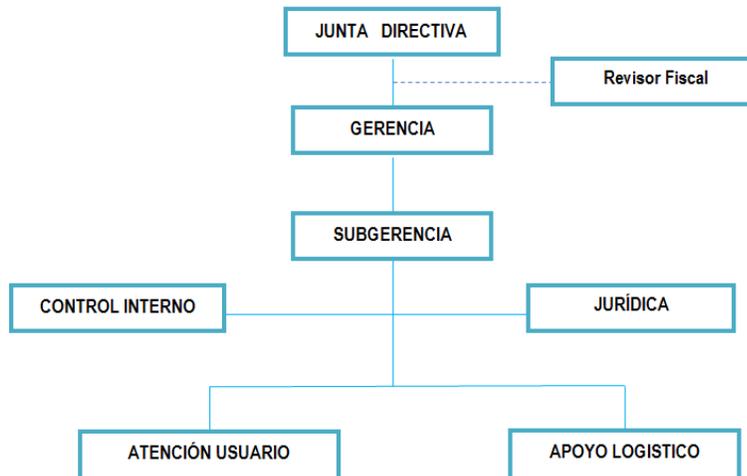
## 1. GENERALIDADES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

### 1.1 Caracterización y naturaleza.

**NOMBRE:** ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE  
**NIT:** 807.008.857-9  
**NIVEL DE ATENCION:** NIVEL 1  
**DIRECCION:** CARRERA 3 CALLE 5 BARRIO EL CARMEN  
**TELEFONO:** 5663847- 5663240  
**GERENTE:** ANA MARIA PEREZ RAMIREZ

### 1.1 Estructura Organizacional

La **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE** quien agrupa los centros de atención en salud de los Municipios de TIBU, SARDINATA, EL TARRA, BUCARASICA Y PUERTO SANTANDER, establecida como una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa adscrita a la dirección seccional de salud.



Estructura Organizacional E.S.E Hospital Regional Norte

## 1.2 Georreferenciación actual y red de IPS y servicios

La E.S.E Hospital Regional Norte es una institución de primer nivel de atención con algunos servicios de mediana complejidad, presta sus servicios a través de 14 sedes urbanas y rurales en los cinco municipios donde hace presencia la ESE. Remite pacientes a la mediana y alta complejidad a la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y Emiro Quintero Cañizares. Su área de influencia está establecida por la cobertura geográfica de los siguientes municipios y corregimientos respectivamente: Tibú (Corregimientos de La Gabarra, Campo Dos, Petrolea y Pachelli), El Tarra (Corregimientos de Orú y Filogringo), Puerto Santander, Sardinata (Corregimientos de El Carmen, Las Mercedes, La Victoria, Luis Vero, San Martín de Ioba y Zona Centro) y Bucarasica (La San Juana, La curva), con gran extensión territorial y presencia de problemas sociales que agudizan el orden público. Conformada por una red de servicios integrada por dos Hospitales Locales, seis Centros de Salud y seis Puestos de Salud, distribuidos a lo largo y ancho de su área de influencia. Atendiendo al 90% de su población asignada la cual está constituida por afiliados al régimen subsidiado, afiliados al régimen contributivo, población pobre no asegurada y particulares.



## 1.3 Marco Normativo

El presente plan de gestión gerencial, se estructura en el marco de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, Promulgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad los cuales incluyen entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados; en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y financiera y Clínica o Asistencial, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la nación y con la entidad territorial, además del reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

## 2. PROPÓSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

### 2.1. Propósito

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 408 de 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por la Gerente de la ESE Hospital Regional Norte, durante el periodo 2020-2024, para el cual fue nombrada mediante decreto **000451 del 08 de Mayo de 2020**.

### 2.2. Metodología de Elaboración y Aprobación

#### Elaboración

Las directrices del Plan de Gestión están basadas en su totalidad en lo requerido por marco normativo vigente, es así como se definen tres áreas de Gestión, compuesta cada una de ellas por indicadores propios del nivel de complejidad de la E.S.E, en el caso del Hospital Regional Norte le aplican los indicadores definidos para el I nivel de complejidad. Las áreas de Gestión definidas son las siguientes:

Las áreas de Gestión definidas son las siguientes:

- Área de Gestión Dirección y Gerencia
- Área de Gestión Financiera y Administrativa
- Área de Gestión Clínica y Asistencial

El Plan de Gestión Gerencial del Hospital Regional Norte contiene en forma ordenada y coherente la siguiente información:

Áreas de gestión y de resultados Indicadores y estándares establecidos en la resolución 408 de 2018:

- Formula del indicador
- Antecedentes
- Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- Logros planteados para el periodo gerencial 2020-2024
- Estándar y Metas por vigencia
- Compromisos de gestión para la vigencia 2020-2024
- Acciones que permitan cumplir con los compromisos

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	8 de 39

## Aprobación

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011:

- La Gerente de E.S.E Hospital Regional Norte, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.
- La Junta Directiva de la ESE deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.
- La gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.
- En caso que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por la gerente se entenderá aprobado.

## 3. DIAGNOSTICO INICIAL

### 3.1. Área de Gestión Gerencial y Estratégica:

En la construcción del presente documento y del Plan de Desarrollo 2020 – 2024, la Empresa Social del Estado, una vez analizados los resultados obtenidos, ha considerado que el proceso amerita continuidad, es decir, que dado los beneficios derivados de la planeación correspondiente al período anterior (2016 – 2020), es conveniente seguir trabajando con las mismas herramientas, por supuesto, realizando los ajustes del caso, para prestar la necesaria atención a los cambios o modificaciones que se han presentado en el entorno y en ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19.

En este sentido, la estrategia está centrada en un proceso de planeación que, en la prestación de servicios, considere estrategias tales como la variación entre la capacidad instalada vs la demanda real de servicios, los condicionantes existentes en el área de influencia (de accesibilidad geográfica, económica, cultural y organizacional), el perfil epidemiológico no solamente centrado en la demanda, sino también, considerando la intervención de factores que puedan a futuro incidir en la presencia de patología que afecte el nivel de salud de la comunidad, para lo cual es fundamental trabajar de la mano con las administraciones municipales de los cinco municipios que conforma la RED, la concertación de proyectos para ser incluidos en el Plan de Desarrollo Departamental y la gestión de los mismos y otros que se consideren pertinentes, ante las instancias nacionales. Todo lo anterior, enmarcado en una política de prestación de servicios de salud oportunos, eficientes y por supuesto, acordes con la normatividad vigente en cuanto a lo que se refiere a los componentes del SOGC.



	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	9 de 39

### 3.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa.

Respecto del tema financiero administrativo, la institución orientará su gestión a garantizar la sostenibilidad financiera a partir de estrategias tales como la racionalización del gasto, fortalecimiento del mercadeo, incremento del ingreso por venta de servicios, recuperación de cartera, reducción de glosas y procesos de facturación y radicación de cuentas de cobro, con auditoría previa.

Es prioridad de la entidad mantenerse sin riesgo fiscal y financiero y cumplir con sus obligaciones laborales y administrativas, cancelando oportunamente las acreencias que de ellas se deriven. Además, el gasto estará supeditado al recaudo.

La orientación para la adquisición de insumos y material médico quirúrgico presentó un alto nivel de cumplimiento en alguna de las modalidades descritas en la norma y se espera que en el próximo cuatrenio se mantenga, dentro de un rango alrededor del estándar establecido.

En el aspecto administrativo, se dará continuidad a la actualización de procesos y procedimientos y la socialización y apropiación de los mismos por parte de quienes trabajan con la empresa social del estado, pues se considera que es la única forma de que se logre una implementación real y efectiva.

En desarrollo de sistemas de información y de control interno, tanto uno como otro se consideran fundamentales para la toma de decisiones gerenciales y por ello, serán objeto de continuidad en algunos aspectos, ajustes en otros que permitan disponer de la información que realmente se requiere y monitoreo para garantizar la disponibilidad en cuanto a oportunidad, validez y confiabilidad de la información.

De igual manera, se mantendrá la prioridad de dar respuesta oportuna y suficiente a los requerimientos de los organismos de control, sobre todo, a lo correspondiente al Decreto 2193 de 2004 y la Circular única de la Superintendencia Nacional de Salud.



	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	10 de 39

### 3.3 Área de Gestión Clínica y Asistencial.

El análisis realizado por la entidad permite evidenciar la presencia de múltiples factores externos que condicionan, de alguna manera, el alcance de los resultados. La ESE se compromete a trabajar, en el mejoramiento de las coberturas, sobre todo, a nivel de captación temprana de gestantes y aplicación de protocolos para casos de sífilis gestacional, de tal manera que, dentro de lo posible, se incida en la no presencia de casos de sífilis congénita, pero, deja claro que no tiene control sobre dichos factores y que aun cuando trabaje de algunos de ellos, dependerá de un conjunto de compromisos donde también se espera que participen las administraciones municipales y, por supuesto, la comunidad.

En lo atinente a resolutivez en la atención, se hará especial énfasis en la capacitación del personal de la entidad, de tal manera que disponga de las herramientas técnicas que le permitan mejorar la calidad técnica y humanística de la atención brindada a los usuarios.

Además de lo anterior, la ESE Hospital Regional Norte considerará el establecimiento de una auditoría concurrente a partir de 2020 o 2021, por considerar que ella, junto con el programa de capacitación, redundará en una mejor calidad de prestación de servicios e incidirá en la reducción de eventos adversos y posibles demandas contra la institución.

Aun cuando se tiene una buena oportunidad de atención en consulta médica general, es claro que existen situaciones que obstaculizan la disponibilidad y continuidad de personal profesional que permita garantizar que la misma se mantendrá en un rango inferior a 1.5 días. No obstante, se hará todo lo posible por que no se supere los dos días.

Existe compromiso institucional para dar la importancia que corresponde a los programas de promoción y prevención y sobre ellos se hará especial énfasis.

A continuación se registran los logros a alcanzar y las actividades generales a desarrollar, que corresponden a aquellos aspectos en que la ESE se compromete a trabajar para la consecución de los mismos.



#### 4. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

##### 4.1. Gestión de dirección y gerencia

El objetivo de esta área es el de operacionalizar y mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad se fundamenta en el sistema obligatorio de garantía de calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. En la vigencia 2016-2019 se retomó el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se encuentra como línea base de 3,18 para la vigencia 2019 y el ciclo VI

Se evidencian la formulación de planes de mejoramiento derivados del proceso de autoevaluación cuantitativa y cualitativa institucional (identificación de fortalezas y oportunidades de mejoramiento por cada uno de los estándares asistenciales y administrativo que apliquen a la institución) para la vigencia 2019; Cabe anotar las dificultades presentadas durante los últimos ciclos de mejoramiento, debido los constantes cambios de fecha para las reuniones por las dificultades de orden público de los cinco municipios que conforman la red de la E.S.E Hospital Regional Norte , lo que ha dificultado el cierre de brechas y un nuevo reto en este 2020 la pandemia que dificultara la autoevaluación y posiblemente se verá reflejado en el resultado. Lo que hace necesario crear nuevas estrategias de socialización e integración de los grupos focales que conforman el grupo PAMEC.

Por todas las razones anteriormente enunciadas se iniciara un nuevo ciclo en el cual se conformaron los 8 equipos de autoevaluación institucional con sus funciones, competencias y líderes identificados, equipo de mejoramiento primario y equipo de mejoramiento institucional con funciones e integrantes definidos , que nos permitirán reducir los grupos .

##### 4.1.1. Ciclo de preparación autoevaluación

AREA DE GESTIÓN : DIRECCION Y GERENCIA	
INDICADOR No 1	FORMULA
Mejoramiento continuo aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas
ANTECEDENTES	
La ESE Hospital Regional Norte durante los años 2016 a 2019 realizo realizo tres ciclos de mejoramiento aumentado el 20% y llegando al 3,18.	

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	12 de 39

<b>RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019</b>					
<b>MEDICIÓN</b>	<b>RESULTADO 2019</b>	<b>SOPORTE</b>			
Autoevaluación de la vigencia evaluada en 1.8	Crecimiento del menos del 20%	Documento autoevaluación - Vigencia evaluada y vigencia anterior			
<b>LOGROS VIGENCIA 2020 -2024</b>					
<b>Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)</b>					
Mantener el crecimiento del 20% anual de acuerdo a línea base de 2019					
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA BASE</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>1.20</b>	1,18	1,20	1,20	1,20	1,20
<b>ACCIONES</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convocar a equipos de autoevaluación de estándares</li> <li>2. Elaborar planes de mejora para el cierre de brechas de las oportunidades de mejora de la auditoria de seguimiento</li> <li>3. Realizar seguimiento a los planes de acción por medio de auditorías internas en toda la red que conforma la ESE Hospital Regional Norte.</li> <li>4. Fortalecer el grupo de líderes de calidad</li> <li>5. Elaborar informe anual de los ciclos de mejoramiento</li> </ol>					

Fuente: Autoevaluación 2019

#### 4.1.2. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

La ESE ha definido dos mecanismos para el seguimiento y evaluación Del Cumplimiento de los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los Estándares de acreditación: El primero se realiza por la Oficina de Gestión de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones del plan de mejora sino el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

<b>AREA DE GESTIÓN : DIRECCION Y GERENCIA</b>	
<b>INDICADOR No 2</b>	<b>FORMULA</b>
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria



**ANTECEDENTES**

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que según evaluación PAMEC fueron programadas 16 acciones de mejoramiento y fueron ejecutadas 16.

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
Programadas 16 acciones y Se ejecutaron 16 acciones	100%	Reporte de indicadores de la súper salud

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Implementar las medidas del mejoramiento priorizadas que se deriven del PAMEC, cumpliendo con un porcentaje mínimo del 90% respecto a lo programado

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
<b>&gt;=0,9</b>	100%	>=0,9	>=0,9	>=0,9	>=0,9

**ACCIONES**

1. Elaborar cronograma de actividades
2. Conformación grupos de trabajo por estándares
3. Conformar equipo de auditores internos de calidad para que realicen seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados en el PAME
4. Reforzando conocimientos frente a la metodología de autoevaluación
5. Identificar y asignar los recursos necesarios para la implementación de las acciones de mejoramiento.
6. Socializar los resultados del PAMEC 2019 y presentar el nuevo PAMEC 2020-2024 a coordinadores y líderes de proceso
7. Analizar, priorizar y plantear acciones de mejora a las brechas identificadas para el logro de objetivos.
8. Hacer seguimiento a la ejecución de las acciones propuestas y efectividad de los resultados obtenidos
9. Evaluar cumplimiento del PAMEC según circular externa 012 de 2016

Fuente: Plan de Auditoria 2019

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	14 de 39

#### 4.1.3. Plan de Desarrollo Institucional

Los planes de acción son instrumentos gerenciales de programación y control de la ejecución anual de los proyectos y actividades que se llevan a cabo por parte de la Administración Central y sus entes Descentralizados para dar cumplimiento a las estrategias y propósitos establecidos en el Plan Estratégico y Plan de Desarrollo en general, dichos planes se estructuran principalmente mediante proyectos de inversión, sin embargo, un plan debe contener también el desarrollo de las tareas específicas.

Dichos planes, en líneas generales, se colocan en un espacio definido de tiempo y responsabilidad de las tareas específicas para contribuir a alcanzar objetivos superiores. Todos los planes de acción presentan su estructura de modo "personalizado" para cada proyecto, es decir, dependiendo de los objetivos y los recursos, cada administrador presenta su plan de acción adecuado a sus necesidades y metas.

La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar. En este contexto es importante resaltar que la ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE, debe fortalecer acciones desde la reformulación del modelo de atención, formular e implementar un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar el sistema integrado de gestión enfocado en estándares de calidad, implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional.

AREA DE GESTIÓN : DIRECCION Y GERENCIA					
INDICADOR No 3			FORMULA		
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional			Número de metas del Plan operativo anual cumplidas /Número de metas del Plan operativo anual programadas		
ANTECEDENTES					
Para el año 2019 se desarrollaron 46 acciones dentro del plan de desarrollo se obtiene un cumplimiento del 96%.					
RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019					
MEDICIÓN		RESULTADO 2019		SOPORTE	
Cuarenta y seis (46) metas del Plan operativo anual cumplidas.		96%		Informe que contenga : Listado de la metas , se debe indicar el estado de cumplimiento de cada una de ellas SI/NO	
LOGROS VIGENCIA 2020 -2024					
Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)					
Ejecución plan de desarrollo Mayor o igual a 90% de ejecución del Plan de Desarrollo					
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023



**>=0,90**

96%

**>=0,90**

**>=0,90**

**>=0,90**

**>=0,90**

**ACCIONES**

1. Realizar una planeación realista, acorde con las necesidades institucionales
2. Socializar el plan de desarrollo institucional.
3. Consolidar la ejecución del plan de desarrollo institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia.
4. Gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas propuestas.
5. Elaborar y presentar informes de ejecución y gestión a la junta directiva, entes de control, ciudadanía en general a través de los mecanismos formales de rendición de cuentas.

Fuente: Plan de Desarrollo 2019

## 4.2 GESTION FINANCIERA

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas.

Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE, Incluye: talento humano, información, financieros y físicos (insumos, medicamentos y suministros en general); la infraestructura física y su mantenimiento y, la gestión de la tecnología.

### 4.2.1. Riesgo Fiscal y Financiero

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 “el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley”. De acuerdo a informe del Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad a la fecha no se encuentra en RIESGO de acuerdo a la Resolución 1342 del 29 de mayo.

AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No 4	FORMULA	
Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	Riesgo fiscal y financiero	
ANTECEDENTES		
La ESE HRN es calificada en Riesgo Alto en la vigencia 2014, como resultado del comportamiento financiero de vigencias anteriores, con el PSFF, seguimiento y control ha sido calificada sin riesgo las vigencias 2015 a 2019 inclusive, para la vigencia 2.020 evaluada con la información de la vigencia 2019, y aplicando la matriz de evaluación establecida y aplicada por el Ministerio de Hacienda y el comportamiento de los elementos de evaluación del riesgo el 2019 presenta para la vigencia 2.020 la calificación Sin Riesgo, resolución que es emitida por el Ministerio de hacienda en el primer semestre del 2.020 con la respectiva Resolución.		
RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019		
MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
Sin riesgos	Sin riesgo	Resolución 1342 del 29 de mayo expedida por el ministerio salud protección social

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener la sostenibilidad financiera de la ESE Hospital Regional Norte SIN RIESGO FISCAL NI FINANCIERO.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo

**ACCIONES**

1. Control efectivo del gasto, de los costos y de la ejecución presupuestal. Monitoreo trimestral y ajustes según necesidad.
2. Formalización oportuna de contratación con las Entidades Responsables de Pago, por la modalidad Pago Global Prospectivo y Contratos Cápita que incluya tarifas ajustadas a las condiciones y costos de la ESE Hospital Regional Norte en la prestación de los servicios de Salud.
3. Formalización de contratos con las Entidades responsables de pago, por venta de Servicio correspondiente a actividades de segundo nivel por la modalidad de Tele Medicina y actividades de segundo nivel a tarifas competitivas según los costos de prestación de éstos servicios.
4. Incremento del recaudo de ingresos x prestación de servicios representados en la facturación cobrable, mediante la utilización de herramientas de información.
5. Implementación de la factura electrónica, que garantice la radicación oportuna de las facturas y con los requisitos exigidos por las entidades responsables de pago representado en la disminución y control de las glosas.
6. Aplicar una política de liquidación de contratos y la recuperación efectiva de cartera morosa con las Entidades Responsables de Pago.
7. Implementar el sistema de control de costos por prestación de servicios, que permita tener información confiable base la para la negociación de tarifas en la formalización de los contratos con las Entidades responsables de pago.
8. Aplicar el seguimiento a la gestión de cobro y recaudo de cartera por facturas de venta de servicios de salud, de las vigencias y vigencias anteriores, de forma que garantice los recursos para cubrir la operación de cada periodo cumpliendo con las obligaciones adquiridas y la reinversión según las necesidades en equipos para la prestación de los servicios.
9. Evaluación de la necesidad en infraestructura y equipos medico quirúrgicos, proyectando la atención de en cada una de las sedes a pacientes con sospecha ó síntomas de infección por el COVID 19, incluye implementación de programa de toma de muestras.
10. Trámite y firma de contratos de Salud Pública con los municipios del área de influencia, que incluya campañas de capacitación para la prevención del COVID-19 y otras enfermedades endémicas.
11. Hacer las gestiones ante las EPS y las entidades gubernamentales competentes para que se validen las metas de los contratos ejecutados en el periodo Covid, teniendo como precedente las implicaciones derivadas de la pandemia.

Fuente: – Resolución 1342 del 29 de mayo MSPS

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	18 de 39

#### 4.2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No 5	FORMULA	
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	$\left[ \frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}} \div \frac{\text{Gasto comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación-}, \text{ sin incluir cuentas por pagar/}}{\text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	
ANTECEDENTES		
En el año 2019 el indicador no cumple la meta establecida se obtiene un resultado del 1.06.		
RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019		
MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
Se realiza la medición en cuatro variables : <b>Variable 1:</b> Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación <b>Variable 2:</b> N° UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación ( 13308,91) <b>Variable 3:</b> Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en	1,06	Ejecución presupuestal reportada al sistema SIHO / Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de la protección social



valores constantes de la vigencia objeto de evaluación  
**Variable 4:** N° UVR producidas en la vigencia anterior (12541,08)

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Menor del 0.90 de Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
<=0.90	1,06	<=0.90	<=0.90	<=0.90	<=0.90

**ACCIONES**

1. Implementar y aplicar un sistema de información de costos por prestación de servicios, que permita integrar la información desde la atención y generar información confiable para el control y racionalización de costos y gastos.
2. Aplicar política de evaluación y seguimiento al plan de compras institucional.
3. Aplicar mecanismo de evaluación y seguimiento gerencial al comportamiento de los costos Vs productividad a nivel integral y en las UBS e IPS de la red prestadora de servicios que permita el control de la viabilidad financiera de la ESE.
4. Promocionar el portafolio de servicios en las negociaciones con las Entidades Responsables de Pago y evaluar la ejecución de los contratos Vs las necesidades de la población base para la proyección de servicios nuevos utilizando en forma eficiente la capacidad instalada y el recurso humano.
5. Seguimiento y evaluación a la información de prestación de servicios de salud, que garantice el reporte completo de los servicios prestados ó servicios producidos.

Fuente: Ejecución presupuestal reportado sistema SIHO vigencia 2019

#### 4.2.3. Medicamentos y material médico-quirúrgico

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública ; la ESE Hospital Regional Norte durante la última vigencia realizo sus compras atreves de cooperativas , garantizando mas del 70% de las adquisiciones.

#### AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

##### INDICADOR No 6

##### FORMULA

Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos

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

#### ANTECEDENTES

Durante los últimos cuatro años e han realizo compras a cooperativas por más del 70% en medicamentos y material médico-quirúrgico.

#### RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019

##### MEDICIÓN

##### RESULTADO 2019

##### SOPORTE

Se realiza la medición en dos variables :

**Variable 1:** Valor de adquisiciones de material médico quirúrgico por mecanismos de compra conjuntas, compras a través de cooperativas de ESEs o compras por mecanismos electrónicos (678.767.189)

**Variable 2:** Valor total de adquisiciones de la ESE

0,76%

Certificación suscrita por el revisor fiscal.

por medicamentos y material médico- quirúrgico en la vigencia evaluada (895.293.771)

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Setenta por ciento (70%) de las adquisiciones de material médico quirúrgico realizados por mecanismos de compra conjuntas a través de cooperativas de ESEs y/o mecanismos electrónicos

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
<b>&gt;=0,7</b>	0,76%	>=0,70	>=0,70	>=0,70	>=0,70

**ACCIONES**

1. Aplicación del control y seguimiento al plan de compras mediante el comité de compras institucional, con reuniones trimestrales, que permita:
  - Evaluar ejecución y comportamiento al plan de compras
  - Evaluar tarifas y condiciones en la adquisición de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, disponibles en el mercado.
2. Con la información resultante del seguimiento a l plan de compras anual valorar las diferentes alternativas y opciones de adquisición de medicamentos e insumos, como la utilización de plataforma electrónica mediante mecanismos como subasta inversa, u otros que garanticen calidad en los insumos adquiridos, costos razonables y utilizar herramientas contempladas para instituciones prestadoras de servicios de salud.
3. Tomar las acciones correspondientes de acuerdo a resultados.

Ficha SIHO 2019

**4.2.4. Deuda superior a treinta (30) días por prestación de servicios**

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

**AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

**INDICADOR No 7**

**FORMULA**

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

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 objeto de evaluación)

**ANTECEDENTES**

La ESE HRN en cumplimiento del PSFF no ha presentado en las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 ni 2019 deuda mayor superior a 30 días a personal de planta y prestación de servicios. En cada vigencia no genera deudas ó pasivo exigible, los pasivos de la ejecución presupuestal corresponden a CESANTIAS, de las cuales las de la vigencia se incorporan como saldo inicial de la vigencia 2.020 que incluye las cesantías anualizadas y el cálculo de las cesantías retroactivas según el incremento exponencial y reconociendo el gasto en la vigencia de ejecución 2019, de igual manera las cesantías retroactivas cuentan con reserva financiera en cuenta de administradora de cesantías a nombre de la ESE Hospital Regional Norte en los fondos administradores de cesantías Porvenir y Protección . Así la entidad no presenta pasivo exigible sin respaldo financiero, por cuanto es por presentación y términos de pago.

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
Se realiza la medición en dos variables : <b>Variable 1:</b> Valor de adquisiciones de material médico quirúrgico por mecanismos de compra conjuntas, compras a través de cooperativas de ESEs o compras por mecanismos electrónicos. ( 0 ) <b>Variable 2:</b> Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico- quirúrgico en la vigencia evaluada (0)	0	Certificación suscrita por el revisor fiscal

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener la deuda en CERO superior a 30 días a personal de planta y prestación de servicios.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
0	0	0	0	0	0

**ACCIONES**

1. Garantizar el cumplimiento de las obligaciones laborales y de contratación de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.

2. Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos
3. Realizar seguimiento a los ingresos por recaudo de cartera de la vigencia y de vigencias anteriores, que garanticen recuperación de cartera que permitan realizar los pagos según los compromisos adquiridos con personal de nómina, contratado y con proveedores, orientado a cero deudas al final de cada vigencia.

Fuente: – Ficha SIHO 2019

#### 4.2.5 Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Resolución 3374 de 2000. El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual. La ESE Hospital Regional Norte ha presentado de manera oportuna los 4 informes mínimos que se deben presentar a la junta directiva debidamente avalados por la Instituto departamental de salud.

#### AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

##### INDICADOR No 8

##### FORMULA

Utilización de información de Registro Individual de prestaciones - RIPS

Numero de informe de análisis de la presentación de servicios de la ESE presentados a junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.

#### ANTECEDENTES

En el año 2019 se reportan cuatro informes (4) y se soportan oportunamente.

#### RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019

##### MEDICIÓN

##### RESULTADO 2019

##### SOPORTE

Variable 1: Numero de informes presentados a la junta directiva

4

Se soporta las actas de la sección de la junta directiva que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis, y relación de actas de junta directivas en las que se presentó el informe.

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Presentar cuatro informes cuatro informes (4 ) a la Junta Directiva

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
4	4	4	4	4	4

**ACCIONES**

1. Generar informes de RIPS sobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo Comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo.
2. Presentar informe y análisis en reuniones ordinarias de Junta Directiva.
3. Adoptar la información resultado de RIPS como herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales.

Fuente: – Actas junta directiva vigencia 2019

**4.2.6. Equilibrio Presupuestal**

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

**AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

**INDICADOR No 9**

**FORMULA**

Resultado equilibrio presupuestal por recaudo

Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia(incluye recaudos de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores

**ANTECEDENTES**

Este indicador mide la ejecución de los gastos comprometidos en base a la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia. El estándar nacional es mayor o igual a UNO ( $\geq 1$ ), es decir por cada peso que recaude, se gaste una cantidad igual o menor. Por las variables establecidas por el Ministerio el cumplimiento está marcado por el recaudo de las facturas por prestación de servicios de la vigencia y de vigencias anteriores, lo que exige el pago oportuno por parte de las entidades responsables de pago y/o administradoras de planes de beneficio, se identifica un incremento importante del recaudo que representa que el indicador pase de 1,05 en el 2018 a 1,24 en el 2019.

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
<p><b>Variable 1 :</b> Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia(incluye recaudos de CxC de vigencias anteriores) (29.298.696)</p> <p><b>Variable 2:</b> Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores (23.668.590)</p>	1,24	Ejecución presupuestal reportada al sistema SIHO / Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de la protección social.

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

1. Establecer relaciones mutuamente beneficiosas con las EPS con el fin de mejorar recaudo por la prestación de servicios
2. Implementar nuevos servicios que proporcionen mayores ingresos
3. Gestionar el recaudo de Cartera con EPS

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
>=1	1,24	>=1	>=1	>=1	>=1

**ACCIONES**

1. Implementar y realizar seguimiento a la facturación electrónica, de forma que genere radicación oportuna, cumplimiento de la norma tributaria al respecto y facturas por prestación de servicios de salud 100% cobrables y mínimo porcentaje de glosas.
2. Aplicar los mecanismos de conciliación de cartera con las entidades responsables de pago, de forma que garantice el recaudo de la cartera de vigencias anteriores como de la vigencia actual, orientado al recaudo efectivo de las cuentas por cobrar por prestación de servicios de salud.
3. Implementar los mecanismos legales existentes, para cobro y recaudo de cartera como: acuerdos mutuos de pago, cobros pre jurídico y jurídico.
4. Implementar y aplicar el seguimiento a los reportes de información sobre gestión de cobro y recaudo de cartera; así como de liquidación de contratos y gestión de glosas.
5. Fortalecer los procedimientos de firma de contratos con las Entidades responsables de pago, en condiciones favorables para las partes, de: tarifas, pago, anticipos, radicación, glosas, incluyendo la liquidación oportuna de los contratos, esto basado en la información institucional y regional de los tipos de contratos vigentes y establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuente: – Ejecución presupuestal vigencia 2019

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	26 de 39

#### 4.2.7 Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud

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

<b>AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>					
<b>INDICADOR No 10</b>			<b>FORMULA</b>		
Oportunidad en la entrega del reporte de la información en el cumplimiento de la circular única expedida por la súper intendencia nacional de salud o la norma que lo sustituya.			Oportunidad en la entrega del reporte de la información en el cumplimiento de la circular única expedida por la súper intendencia nacional de salud o la norma que lo sustituya.		
<b>ANTECEDENTES</b>					
La meta establecida era cumplir con oportunidad y suficiencia en el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y la ESE Hospital Regional, como se ha caracterizado en la últimas vigencias ha dado estricto cumplimiento a lo estipulado en el marco normativo aplicable. Es importante tener en cuenta que durante la vigencia 2.019 la plataforma para el cargue de información presentó inactividad para cargue de algunos reportes, por tanto se realiza el envío por correo electrónico indicado por la misma Superintendencia Nacional de Salud.					
<b>RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019</b>					
<b>MEDICIÓN</b>		<b>RESULTADO 2019</b>		<b>SOPORTE</b>	
Cumplimiento		Cumplimiento		Súper intendencia Nacional de Salud	
<b>LOGROS VIGENCIA 2020 -2024</b>					
<b>Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)</b>					
Cumplir con las fechas de envío del reporte a SUPERSALUD					
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA BASE</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
<b>ACCIONES</b>					
1. Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes en el proceso de Gestión de Recursos financieros con el propósito de dar cumplimiento a los periodos definidos y evitar los cargues extemporáneos y/o incumplimientos en el reporte.					
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA-SÚPER SALUD</b>					
<b>INFORME</b>	<b>DETALLE</b>			<b>PERIODOS DE PRESENTACIÓN</b>	
FT 004	CUENTAS POR PAGAR			TRIMESTRAL	
FP 001	CONJUNTO COMPLETO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS Y REVELACIONES			ANUAL	



	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	27 de 39

FP 002	CERTIFICACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS	ANUAL
FP 003	DICTAMEN DE REVISOR FISCAL	ANUAL
FP 003	INFORME DE GESTIÓN	ANUAL

2. Socializar los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria.
3. Asignar como punto de control a los procesos de financiera, estadística y calidad del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido.
4. Retroalimentar de manera permanente la información reportada a los entes de control a todos los cargos involucrados.

Fuente: – Superintendencia Nacional de Salud

#### 4.2.8. Reporte Decreto 2193 de 2004

Sobre éste indicador debe registrarse que la entidad realiza análisis y evaluación periódica del procedimiento, del comportamiento orientado a implementar acciones de mejora continua eliminando re-procesos. Especial atención se brinda a aquellos indicadores que hacen referencia a la calidad de atención y la prestación de los servicios de salud por cuanto están afectados por múltiples factores externos.

Se utilizan las herramientas de información: facturación, historias clínicas y cartera y estadística de la producción integrados y la sistema financiero: contabilidad presupuesto, tesorería, nómina y activos fijos, y se aplica la conciliación permanente de la información entre las diferentes áreas, que permite la verificación y el cumplimiento de los objetivos principales: Generar y presentar información de alta calidad con estándares superiores de: confiabilidad, veracidad y oportunidad.

AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No 11	FORMULA	
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	
ANTECEDENTES		
Cumpliendo tanto la responsabilidad como la meta de cargue oportuno de la información del decreto 2193 trimestral, semestral y anualizado se han realizado lo correspondiente y siguiendo los parámetros indicados por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander en cuanto a la sustentación, entrega de soportes documentales como en medio magnético, de ésta manera en la vigencia 2019 al igual que las anteriores vigencia el resultado es el cumplimiento al 100% que corresponde a la meta nacional.		
RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019		
MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE



Cumplimiento	Cumplimiento	Ministerio de Salud y Protección Social			
<b>LOGROS VIGENCIA 2020 -2024</b>					
<b>Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)</b>					
Cumplir con las fechas de envío del reporte 2193 del Cumplir con las fechas de envío del reporte 2193.					
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>LINEA BASE</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento	Cumplimiento
<b>ACCIONES</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes en el proceso de Gestión de Recursos Financieros de acuerdo a la información financiera, recurso humano, Facturación, Procesos Judiciales, producción y calidad con el propósito de dar cumplimiento a los periodos definidos y evitar los cargues extemporáneos y/o incumplimientos en el reporte. Los periodos que se reportan del decreto 2193 -SIHO son trimestrales y semestrales de acuerdo al cronograma establecido por el IDS.</li> <li>2. Socializar los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria.</li> <li>3. Asignar como punto de control a los procesos de financiera, estadística y calidad del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido.</li> <li>4. Retroalimentar constantemente a la subgerencia admin. y financiera y a Gerencia, la información reportada a los entes de control.</li> </ol>					

Fuente: – Reporte al MSPS

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	29 de 39

### 4.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales de la ESE , dentro de los cuales se encuentra la Gestión en salud Pública en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

#### 4.3.1 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de calidad, de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizándole su fácil accesibilidad. La asistencia al embarazo comienza en la consulta prenatal, a la que la mujer debe acudir tan pronto como sospeche el embarazo. La primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional.

Los objetivos que se persiguen mediante el control prenatal de la gestación son los siguientes:

- Disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- Prevenir los riesgos potenciales para la gestación.
- Detectar y tratar de forma precoz los trastornos acontecidos en el curso del embarazo.
- Identificar aquellos embarazos que presenten factores riesgo para facilitarles la asistencia obstétrica adecuada
- Implementación de nuevos lineamientos como la ruta de atención integral materna perinatal.

#### AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

##### INDICADOR No 21

##### FORMULA

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la E.S.E., a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas

#### ANTECEDENTES

Durante el periodo del año 2018, la Empresa Social el Estado Hospital Regional Norte, obtuvo en este indicador una proporción de 71% y para el año 2019 de 75; se presentó una mejora respecto a la vigencia pasada. La Institución no ha logrado cumplir con el estándar fijado por el Ministerio; a pesar de las estrategias implementadas como:



- Atención de gestantes sin barreras pacientes estrella en nuestras instituciones.
- Realización de cursos preparación materna y paterna con incentivos para los participantes.
- Jornadas de salud integrales a las comunidades de difícil accesibilidad con el grupo extramural completo.
- Atención del parto humanizado, con acompañamiento del familiar que la gestante desee.
- Alianzas con IPS privadas en direccionar a las gestantes que ellos captan a nuestras instrucciones para ser incluidas al control prenatal.
- Implementación de nuevos lineamientos como la ruta materna perinatal.

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
<p>Se mide en dos variables:</p> <p><b>Variabes 1:</b> Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la E.S.E., a más tardar en la semana 12 de gestación</p> <p><b>Variable 2 :</b> Total de mujeres gestantes identificadas.</p>	0,75	Informe Comité Historias Clínicas que contenga listado con la totalidad de mujeres gestantes en la vigencia objeto de evaluación, y que indique si se inscribió o NO en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico.

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Aumentar gradualmente mediante estrategias la captación de gestantes antes de la semana doce hasta llegar un porcentaje  $\geq 0.85$  para el 2023.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
$\geq 0.85$	0,75	0,76	0,79	0,80	0,85

**ACCIONES**

1. Fortalecer la demanda inducida intramural y extramural para la captación oportuna de las gestantes antes de la 12 semana de gestación.
2. Seguimiento oportuno a las gestantes inasistente al programa y sensibilizar par que hagan adherencia al programa.
3. Articular con las redes intersectoriales e institucionales para el direccionamiento de las gestantes al programa de control prenatal.

4. Empoderamiento del personal de salud en la captación oportuna de las gestantes antes de la 12 semana de gestación para ser inscritas en el control prenatal.
5. Fortalecer la jornada de salud a veredas de difícil accesibilidad con el grupo extramural para la captación y atención inmediata de las gestantes que hagan presencia en la jornada.
6. Continuar con la entrega de exámenes de prueba de embarazo en el punto de atención preferencial de gestantes para la captación inmediata en caso de prueba positiva e incluir en el programa prenatal.
7. Ordenar prueba de embarazo a toda mujer con amenorrea de un mes con inicio de actividad sexual.
8. Coordinación de acciones de captación con las Aseguradoras, para la remisión de las usuarias que en sus actividades propias hayan identificado con deseo de embarazarse, amenorreas o en embarazo no controlado.
9. Fortalecer los sistemas de información en la Institución a fin de evitar subregistros que afecten los resultados de los indicadores evaluados.
10. Retroalimentación permanente al personal de los resultados en los indicadores a fin de determinar acciones de mejora en el proceso.

Fuente: – kardex gestantes 2019

#### 4.3.2. Incidencia de sífilis congénita captadas antes de semana 12 de gestación

Se define la sífilis congénita como el producto de la gestación (aborto, mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratamiento inadecuado, independientemente que el recién nacido presente o no signos de enfermedad y del resultado de las pruebas no treponémicas del recién nacido. (Definición del Instituto Nacional de Salud 2007). En la ESE Hospital Regional Norte la línea de base para este indicador (0 casos) es tomada de los conceptos de COVE municipales de los 5 municipios.

#### AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

##### INDICADOR No 22

##### FORMULA

Incidencia de sífilis congénita

Número de recién nacidos con diagnósticos de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia

#### ANTECEDENTES

Se identificaron siete casos de sífilis los cuales después de analizados de acuerdo a su gestión fueron descartados.

#### RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
<b>Variable 1:</b> Número de recién nacidos con diagnósticos de Sífilis congénita en población	Cero Casos (0)	Concepto de COVE en el que certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en caso de sífilis congénita diagnosticada

atendida por la ESE en la vigencia

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Cero de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la E.S.E. en los cinco municipios de influencia de la RED.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Cero casos	Cero casos	Cero casos	Cero casos	Cero casos	Cero casos

**ACCIONES**

1. Garantizar la realización de la prueba rápida de sífilis antes de la semana 10 de gestación.
2. Realización completa de historia clínica, que permita una adecuada clasificación del diagnóstico y manejo acorde al estadio de la misma.
3. Realizar seguimiento a las gestantes que tengan resultado de Prueba Rápida de Sífilis Positiva.
4. Realizar seguimiento a las gestantes que no tengan resultado de Prueba Rápida de Sífilis y establecer mecanismos con la aseguradoras en aquellas pacientes inasistentes.
5. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para sífilis gestacional y congénita y evaluación a la adherencia de la misma.
6. Seguimiento estricto de los casos que se presente con sífilis gestacional para verificación de cumplimiento de la guía de manejo.
7. Realizar difusión a través de los mecanismos de educación, información y comunicación de mensajes alusivos a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
8. Dar aplicación a cada una de las RUTAS de Atención Integral de conformidad con el Manual expedido por el Ministerio.
9. Fortalecer los sistemas de información en la Institución a fin de evitar subregistros que afecten los resultados de los indicadores evaluados.
10. Retroalimentación permanente al personal

Fuente: – Reporte COVE Ente municipal

**4.3.3 Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica guía de atención en enfermedad hipertensiva.**

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Para el control del paciente hipertenso, existe una gran variabilidad en el tratamiento farmacológico, en muchos casos, no se han instrumentado medidas no farmacológicas, y en un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales, con los consecuentes incrementos en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de la atención y su repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. Proporcionar una herramienta eficiente a los médicos del

primer nivel de atención, en la prevención (primaria y secundaria), el diagnóstico oportuno, detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes con hipertensión. El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares, y cardiopatías coronarias.

**AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

**INDICADOR No 23**

**FORMULA**

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica, guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

N° de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

**ANTECEDENTES**

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, obteniéndose un 93% se auditaron historias de las cuales 1679 cumplen con los criterios del estándar

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

**MEDICIÓN**

**RESULTADO 2019**

**SOPORTE**

**Variables 1:**

N° de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE

0,93

Informe Comité Historias Clínicas que contenga como MINIMO -Referencia al acto administrativo referente a la guía, y definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación indicador

**Variable 2 :**

Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener o mejorara el estándar propuesto 90%

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
0,90	0,93	0,90	0,90	0,90	0,90

**ACCIONES**

1. Fortalecer el talento humano para el adecuado desarrollo de la historia clínica conforme a la guía de manejo.
2. Aplicar mejoras a la historia clínica sistematizada que permita la inclusión de todas las variables a evaluar en el paciente crónico.
3. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo específica, guía de atención de enfermedades precursoras de enfermedad renal.
4. Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guía manejo específica, guía de atención guía de atención de enfermedades precursoras de enfermedad renal.
5. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a las guías.
6. Levantamiento de planes de mejoramiento con el no cumplimiento de la evaluación realizada a las historias clínicas.
7. Dar aplicación a las RUTAS de Atención Integral (Promoción y mantenimiento de la salud) de conformidad con la resolución 3280 del 2018.
8. Optimizar o reimplementar servicios mediana complejidad ( Medicina Interna )

Fuente: – Informe de Historia Clínica 2019

**4.3.4 Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo**

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica. Para que este proceso de crecimiento y desarrollo se dé adecuadamente requiere que sea integral, armónico y permita la vinculación del niño con los grupos sociales, sin olvidar que cada ser humano es único e irrepetible y con características que le son propias y que hay que respetar. Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas y dar aplicación a las evaluaciones y recomendaciones para el ciclo vital de primera infancia e infancia que promueven el adecuado desarrollo de este grupo poblacional.

**AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

**INDICADOR No 11**

**FORMULA**

Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Total de

niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.

**ANTECEDENTES**

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 80%, obteniéndose un 94% se auditaron historias de las cuales 1839 cumplen con los criterios del estándar

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
Va Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	0,94	Informe Comité Historias Clínicas que contenga como MINIMO -Referencia al acto administrativo referente a la guía, y definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación indicador

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener o mejorara el estándar propuesto  $\geq 80$

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
$\geq 80$	94	80	85	90	92

**ACCIONES**

1. Fortalecer el talento humano para el adecuado desarrollo de la historia clínica conforme a la guía de manejo.
2. Aplicar mejoras a la historia clínica sistematizada que permita la inclusión de todas las variables a evaluar en el paciente crónico.
3. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de atención al ciclo vital de primera infancia e infancia.
4. Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guías de manejo de atención y socialización de los resultados

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE</b>	
	<b>PLAN DE GESTION 2020 -2024</b>	36 de 39

5. Levantamiento de planes de mejoramiento con el no cumplimiento de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo.
6. Dar cumplimiento a las RUTAS de Atención Integral (Promoción y mantenimiento de la salud) de conformidad con la resolución 3280 del 2018.
7. Optimizar la cobertura de los servicios mediana complejidad ( Pediatría)

Fuente: – Informe de Historia Clínica 2019

#### 4.3.5 Reingreso en el servicio de urgencias

El reingreso al servicio de urgencias nos da cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación al paciente.

AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR No 11	FORMULA	
Proporción de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 Horas con el mismo diagnóstico de la Vigencia objeto de evaluación/ Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencia	
ANTECEDENTES		
El 2019 la ESE Hospital regional Norte presentó un resultado de 0,009, es decir se mantuvo dentro del rango esperado ya que de 39.708 consultas solo 373 usuarios se identificaron como reingresos.		
RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019		
MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
<b>Variable :</b> Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 Horas con el mismo diagnóstico de la Vigencia objeto de evaluación.	0,009	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social.
<b>Variable :</b> Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencia		



**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener el estándar definido en menor o igual 0.03 durante las cuatro vigencias

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
≤ 0.03	0,009	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03

**ACCIONES**

1. Reporte mensual en la matriz de indicadores del programa de Seguridad del Paciente.
2. Análisis en comité de historias clínicas y seguridad del paciente de muestra aleatoria de casos de posibles reingresos al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas.
3. Fortalecer el talento humano para el componente de auditoria médica de historias clínicas.
4. Sistematización de la historia clínica.
5. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de las guías de manejo de las 10 Primeras causas de consulta en el servicio de urgencias.
6. Evaluación periódico (cada seis meses) de la adherencia a guías de manejo de atención de las principales causas de consulta por urgencias.
7. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.
8. Levantamiento de planes de mejoramiento con los no Cumplimiento de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo.
9. Realizar educación al usuario en el servicio sobre el autocuidado referente a la patología por la que consulta.

Fuente: – Informe auditoria 2019

**4.3.6 Oportunidad promedio en la atención consulta médica general**

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de Entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente Proporcional al acceso a los servicios y su resolutivead es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

**AREA DE GESTIÓN : FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

**INDICADOR No 11**

**FORMULA**

Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido

en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.

**ANTECEDENTES**

La ESE Hospital regional Norte para el año 2019 presento una oportunidad en la atención de consulta médica general, de acuerdo establecido en la norma, que es de tres días.

**RESULTADO DE LA ULTIMA MEDICIÓN – LINEA BASE AÑO 2019**

MEDICIÓN	RESULTADO 2019	SOPORTE
<b>Variable 1:</b>  Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	1,7	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social
<b>Variable 2</b>  Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.		

**LOGROS VIGENCIA 2020 -2024**

**Estándar para cada año Resolución 408 de 2018 (Meta Anual)**

Mantener la oportunidad en tres días durante las cuatro vigencias.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
3 días	1,8 días	≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3

**ACCIONES**

1. Compromiso de la empresa de facturación para la entrega oportuna (mensual) y veraz del informe de oportunidad en la atención de consulta médica de la totalidad de las IPS de la red de la ESE I, los cinco (5) primeros días siguientes del mes a evaluar.
2. Realizar seguimiento periódico al proceso de facturación.
3. Fortalecer el sistema de Información Calidad recolección de los datos mejorar el software para la recolección de datos.
4. Monitorizar este indicador en las sedes donde se asignan las citas médicas.

5. Ampliar los horarios de asignación de citas a través de mecanismos (Un centro de llamadas telefónicas) rápida y concisa con una atención exclusiva entre el usuario y la E.S.E
6. Aumentar la disponibilidad de citas médicas en caso de ser necesarias.
7. Reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda.

Fuente: – Ficha SIHO 2019

## 5. NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS

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

## 6. RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

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

## 7. IMPLICACIONES POR EVALUACIÓN INSATISFACTORIA

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar su periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.



ANA MARÍA PEREZ RAMIREZ  
GERENTE  
ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

Elaboro: Calidad  
Aprobó: Gerente