



**PLAN DE GESTIÓN
2023 - 2024**

**VALENTINA SOSA CARVAJAL
Gerente ESE Metrosalud**

**12 – 02 - 2023
Versión 02**



Alcaldía de Medellín

INTRODUCCIÓN

Dentro del marco de la Ley 1438 de 2011, se definen la creación del Plan de Gestión que deberá ser ejecutado por los gerentes de las diferentes Empresas Sociales del Estado del país, durante el periodo en el cual son designados.

Este Plan de Gestión será el marco, para las evaluaciones que la Junta Directiva hará de la gestión de la gerencia de la institución; y de esta manera el equipo directivo expresa su compromiso para alcanzar metas para las Áreas de Direccionamiento y Gerencia, Área Financiera y Administrativa y Área de Gestión Clínica o Asistencial.

Además, este plan busca el mejoramiento continuo de los procesos en procura de alcanzar las metas de gestión, resultados de viabilidad financiera, calidad. Seguridad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

2. MARCO LEGAL

El Plan de Gestión responde a las especificaciones definidas en la siguiente normatividad nacional:

- Constitución Política de Colombia
- La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- Ley 1438 de 2011 donde se definen los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Resolución 710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos, en la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.
- Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 408 de febrero 15 de 2018 y sus anexos técnicos, por el cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

3. OBJETIVO GENERAL

Formular los compromisos y evaluar las metas del Plan de Gestión de la Gerente de la ESE Metrosalud relacionados con la Dirección y Gerencia, la Gestión Financiera y Administrativa y la Gestión Clínica y Asistencial; de acuerdo con lo establecido por la normatividad vigente para el período para el cual fue nombrada y el cumplimiento de la estrategia organizacional.

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

La ESE. Metrosalud define mediante el Acuerdo 291 de 2020 el Plan de Desarrollo 2021 – 2025 “Saludable y Comprometida con la Vida”, desplegados a través de 4 estrategias, 11 rutas estratégicas y 44 proyectos que conservan como elemento central la implementación del Modelo de Prestación de Servicios de Salud basado en Atención Primaria en Salud (MPSS), con alcance a toda la red de Metrosalud; adicionalmente, integra las demás áreas de gestión con orientación de factores claves de dirección y apoyo como el objeto misional de la ESE.

A continuación, se describen los elementos de la Plataforma Estratégica de la ESE Metrosalud:



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Consolidar el modelo de prestación de servicios de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS), con servicios humanizados, accesibles y seguros que aporten a la calidad de

vida y el bienestar de las personas, que garantice atenciones integrales y de alta calidad, que aporte a una Medellín más equitativa.

2. Ser una empresa fundamentada en un modelo de gobierno corporativo transparente, apalancado en procesos confiables e innovadores, redes de conocimiento y tecnología de punta que fortalezca la gestión institucional y la calidad en la prestación de los servicios.
3. Metrosalud será una empresa que procura el desarrollo y bienestar de los servidores y sus familias.
4. Incitar una cultura organizacional que genere valor a los grupos de interés, fortaleciendo la sostenibilidad y las relaciones de mutuo beneficio.

5. GENERALIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN

La Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen las condiciones y metodologías para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado. En este documento se consolidan los compromisos para el período gerencial 2020 - 2024, estableciendo entre otros aspectos la línea base de los indicadores, las metas de gestión anuales, los logros y/o compromisos de la gestión y las actividades a desarrollar para cumplir con los compromisos definidos en las siguientes áreas:

- Área de Dirección y Gerencia 20%
- Área Financiera y Administrativa 40%
- Área de Gestión Clínica o Asistencial 40%

5.1 FASE DE PREPARACIÓN

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base de los indicadores y formular el Plan de Gestión.

La línea de base de los indicadores será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

5.2 FASE DE FORMULACIÓN

La formulación del Plan por Áreas de Gestión incluye:

- La definición de la línea de base del indicador, para lo cual se toma el logro obtenido durante el año 2022, la cual fue la última vigencia evaluada.
- El análisis de la situación actual, los compromisos o logros a alcanzar, los proyectos a desarrollar y las metas definidas para cada año de evaluación del plan. Según se especifica

en la Tabla 2. Logros y compromisos Plan de Gestión 2023-2024 y Tabla 3. Definición de metas por cada vigencia

- Dentro del Área de Gestión Clínica o Asistencial, se establecen metas para los indicadores que aplican a las entidades de I y II nivel, en razón a la clasificación de la ESE Metrosalud como de II nivel, emitida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Sin embargo y teniendo en cuenta que la ESE Metrosalud presta servicios de salud del primer nivel de atención en el 100% de los puntos de la red, se incluirán dentro del seguimiento y evaluación los indicadores de primer nivel.
- Una vez elaborado el plan en los tiempos establecidos por la norma, se envía a la Junta Directiva para su aprobación y posterior publicación en la página web de la entidad, así como el reporte de la información a los diferentes entes de control, en cumplimiento de las normas que le aplican.

Tabla 1. Diagnóstico – Línea de base Plan de Gestión 2023 - 2024

Área de gestión	Nº	Indicador	Estándar	Línea de base 2022	Análisis Situación actual
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1	Se observó variación positiva entre la vigencia 2022 y 2021 en el resultado del ejercicio de autoevaluación frente a estándares de acreditación, pasando de 2.88 a 2.9
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥ 0.9	0.76	Para la vigencia 2022 se presenta un cumplimiento del plan de acción PAMEC del 76%.
	3	Gestión de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.9	0,94	Para la vigencia 2022 se obtiene un total de 164 metas cumplidas de 173 programadas, para un resultado del 94,8%.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	NLB	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	< 0.9	1.02	Este indicador arroja un resultado de 1.02 mostrando que cada unidad producida en la vigencia 2022, fue más costosa que en 2021, pasando

Área de gestión	N°	Indicador	Estándar	Línea de base 2022	Análisis Situación actual
					de \$25.389 a \$25.990.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,7	0,82	Durante la vigencia 2022 se logró un cumplimiento de la meta, como consecuencia de que el 82% de los medicamentos y material médico quirúrgico fueron adquiridos a través de la Cooperativa COHAN Se cuenta con la certificación respectiva de la revisoría fiscal
	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.	0	0	De acuerdo con la certificación dada por la revisoría fiscal, la ESE Metrosalud para el cierre del año 2022 no presentaba deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios.
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS.	4	4	Se realiza cumplimiento sistemático en la presentación a la Junta Directiva de los informes generados a partir de los RIPS. En dichos informes se detallan aspectos como población asignada, morbilidad y producción de servicios.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥1	1,02	El indicador cumple con el estándar propuesto, logrando que al cierre de la vigencia los ingresos recaudados superen los gastos facturados
	10	Oportunidad en la entrega en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumplimiento	Durante la vigencia no se realizó el reporte del archivo tipo FT018 (Datos para el cálculo de la posición de liquidez)
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Se realiza entrega de los informes de acuerdo con la especificación de la normatividad y en los tiempos

Área de gestión	N°	Indicador	Estándar	Línea de base 2022	Análisis Situación actual
Gestión clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥ 0,8	0.94	solicitados Para la vigencia 2022 se realiza evaluación y seguimiento a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica consideradas según Resolución institucional 7383 de 2021, la cual en sus artículos primero y segundo establece la adopción en la ESE Metrosalud de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y las guías elaboradas por el equipo interdisciplinario definido por la ESE. El resultado de esta evaluación arrojó un 94% de adherencia a la aplicación de la guía.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0,8	0,79	Para la vigencia 2022 se realiza evaluación y seguimiento a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica consideradas según Resolución institucional 7383 de 2021, la cual en sus artículos primero y segundo establece la adopción en la ESE Metrosalud de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y las guías elaboradas por el equipo interdisciplinario definido por la ESE. En la evaluación de adherencia a la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida que para la ESE Metrosalud fue la atención del parto vaginal, se obtuvo un resultado del 79%.
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	≥ 0,9	0.85	La oportunidad de realización de apendicectomías antes de las 6 horas presenta un resultado de 85%, no se logró el cumplimiento de la meta del 90%.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen	0	0	Durante la vigencia 2022 no se registraron notificaciones de neumonías bronco aspirativas de origen hospitalario en

Área de gestión	N°	Indicador	Estándar	Línea de base 2022	Análisis Situación actual
		intrahospitalario y variación interanual			pacientes pediátricos.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	0.89	El universo para la evaluación la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) es de 100%, Se obtienen un porcentaje de cumplimiento del indicador del 89%, el cuál esta ligeramente por debajo de la meta del 90%
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	$\geq 0,9$	0,99	Durante la vigencia se logró un porcentaje de cumplimiento del 99% en la realización del análisis de las muertes intrahospitalarias
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5 días	6.6	El resultado de 6.6 días frente a la meta de 5 días no se cumplió durante la vigencia 2022, debido a: Asignación de la cita de primera vez en la plataforma que no se hacen de forma eficiente, aumento del volumen de remisiones electivas a la especialidad entre los meses de mayo y agosto de 2022 que generan represamiento, asignación de las citas, posterior a la recepción de la autorización la cuál presenta retrasos.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8 días	8.7	El resultado obtenido de 8.7 días frente al estándar (8 días) no se cumple, debido a las siguientes razones: Asignación de la cita de primera vez en la plataforma de forma ineficiente, a pesar de contar con disponibilidad de agendas, muestra de ello son las cantidades de citas de obstetricia de primera vez que quedan en estado disponible, Aumento del volumen de remisiones electivas a la especialidad en lo corrido del año, asignación de las citas se está realizando de forma tardía

Área de gestión	N°	Indicador	Estándar	Línea de base 2022	Análisis Situación actual
					en muchas ocasiones por desconocimiento de los funcionarios que creen que esta remisión requiere autorización, hecho que para obstetricia no aplica.
	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	$\geq 0,85$	0,52	Para la vigencia 2022, el indicador alcanza solo un cumplimiento del 52%, mejorando el resultado frente a la vigencia 2021 (46%), pero mostrando una brecha importante frente a la meta del 85%.
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos	Presentó casos en la vigencia evaluada	A pesar de que no se logra el estándar del indicador definido en la resolución, se realiza seguimiento estricto a cada caso de sífilis congénita, mediante la unidad de análisis, y para poder intervenir estas situaciones mediante estrategias de mejoramiento.
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	$\geq 0,8$	0,77	La adherencia a la GPC de HTA en la red de servicios esta con un cumplimiento de 77%, con tendencia a la mejora frente a la vigencia 2021 (73%), siendo la meta institucional de 80%.
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	$\geq 0,8$	0,95	La evaluación de adherencia global para la ESE es de 95%, observándose una tendencia a la mejora muy significativa frente al año anterior (80%).
	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	$\leq 0,3$	0,009	Durante el año 2022 se presentaron 1131 reingresos por el mismo diagnóstico de un total de 140.182 egresos vivos en los 10 puntos de urgencias, por lo que se puede concluir que se cumple con el estándar.
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3 días	2,7	El resultado de tiempo de espera para la consulta médica general de primera vez en la ESE Metrosalud cumple con el estándar.

Tabla 2. Logros y compromisos Plan de Gestión 2023 – 2024

AREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

N°	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	<p>Realizar autoevaluación de acreditación anual, y monitoreo semestral a indicadores de calidad.</p> <p>Definir, implementar y monitorear el plan de mejoramiento para las oportunidades de mejora de los estándares priorizados.</p> <p>Fortalecer los procesos de referenciación comparativa.</p> <p>Estandarizar procesos y procedimientos y evaluar adherencia.</p>	<p>Desarrollo de estándares de acreditación y acciones de mejoramiento para intervenir las brechas detectadas en el ejercicio de autoevaluación.</p>
2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	<p>Implementar el plan de mejoramiento PAMEC para las oportunidades de mejora de estándares priorizados.</p> <p>Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento, con presentación de resultados por dependencia en la rendición de cuentas a la gerencia.</p> <p>Realizar la auditoría de paciente trazador y la evaluación de la gestión de comités, como mecanismo de evaluación del PAMEC.</p>	<p>Fomento de cultura del mejoramiento continuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación y entrenamiento a equipos de trabajo ▪ Acompañamiento a la ejecución de las actividades del PAMEC, según cronogramas.
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	<p>Formular plan de acción anual.</p> <p>Realizar seguimiento trimestral a los planes.</p> <p>Documentar planes y proyectos tácticos de forma estandarizada según metodología institucional.</p> <p>Gestión de planes y proyectos</p> <p>Gestión de proyectos de inversión.</p>	<p>Fortalecimiento del Sistema de Planeación Institucional, Sistema de Medición Institucional, gobierno corporativo y ética empresarial para la transparencia; Desarrollo de relaciones con los grupos de interés; Desarrollo de Redes del Conocimiento.</p> <p>Capacitación en metodologías de formulación de proyectos de inversión.</p> <p>Formulación y presentación de proyectos de inversión para generación de ingresos.</p>

AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Nº	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
4	Riesgo fiscal y financiero	<p>Continuar con las estrategias contenidas en el programa de saneamiento fiscal y financiero que permita seguir categorizados SIN RIESGO Financiero. Manejo riguroso de las finanzas, Racionalización de costos y gastos. Implementación de plan de austeridad en el gasto. Fortalecimiento de los procedimientos de facturación, cartera y respuesta a glosas Plan de ventas de servicios</p>	<p>Fortalecer el sistema de facturación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión, ajuste e implementación del modelo y procedimientos de facturación institucional. - Radicar facturación de servicios de salud en los plazos oportunos. - Implementar acciones de auditoría, control y vigilancia que permitan garantizar la facturación de la totalidad de servicios de salud prestados en condiciones de calidad. <p>Saneamiento de la cartera, Apalancamiento financiero Estrategias para incrementar ingresos Buscar punto de equilibrio entre ingresos, costos y gastos</p>
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	<p>Definición de políticas para la reducción de costos y gastos Fortalecer el sistema de costos. Plan de austeridad en el gasto</p>	<p>Plan de austeridad Revisar y ajustar el sistema de costos en la ESE Fortalecer acciones de auditoría, control y vigilancia que permitan garantizar la facturación de la totalidad de servicios de salud prestados Establecer metas de producción por servicios</p>
6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos. 	<p>Mantener el cumplimiento de la meta mecanismos de compra electrónica o compras conjuntas con las ESEs, logrando ahorros significativos para la empresa.</p>	<p>Fortalecer la Gestión de bienes y servicios.</p>

Nº	Indicador	Logros o compromisos planteados	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	Continuar con el pago oportuno de salarios y prestaciones	Implementar estrategias para mejorar los ingresos Fortalecer procedimiento de facturación, respuesta a glosas, cartera y recaudo Gestión de recursos vía proyectos
8	Utilización de información de registro individual prestaciones – RIPS.	Registro permanente de información presentada a la Junta Directiva con sus respectivas fuentes de información con base en los RIPS	Actualización permanente del registro de fuentes de información
9	Resultado Presupuestal Recaudo.	Equilibrio mejorando los ingresos con una disminución de los gastos que permita que estos estén de acuerdo a los recaudos de la vigencia y al estándar establecido en la norma	Fortalecimiento del sistema de facturación. - Revisión, ajuste e implementación del modelo y procedimientos de facturación institucional. - Radicar facturación de servicios de salud en los plazos oportunos. - Implementar acciones de auditoría, control y vigilancia que permitan garantizar la facturación de la totalidad de servicios de salud prestados en condiciones de calidad. Saneamiento de la cartera. Apalancamiento financiero del pasivo pensional y prestacional (Concurrencia). Fortalecer los costos hospitalarios y la contabilidad administrativa. Buscar nuevos recursos mediante la oferta de servicios de salud a entidades que no tengan contrato con la ESE Evaluar en forma permanente los contratos y convenios frente a la rentabilidad y los ingresos obtenidos

Nº	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
10	Oportunidad en la entrega en el reporte de información de la institución para mejorar el cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud.	Fortalecer el sistema de información de la institución para mejorar la oportunidad en las entregas de reporte de información	Definición de calendarios para el reporte y seguimiento permanente para su oportuno cumplimiento
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	Fortalecer el sistema de información de la institución para mejorar la oportunidad en las entregas de reporte de información	Definición de calendarios para el reporte y seguimiento permanente para su oportuno cumplimiento

AREA DE GESTIÓN: CLINICA O ASISTENCIAL

Nº	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Realizar seguimiento a la adherencia periódicamente, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances de este.	Capacitación en guías de práctica clínica Medición de adherencia, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Realizar seguimiento a la adherencia periódicamente, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances de este.	Capacitación en guías de práctica clínica Medición de adherencia, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Realizar gestión de indicadores, con el objeto de identificar oportunamente desviaciones dentro del procedimiento. Definir e implementar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones	Medición de adherencia, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Implementación de política y programa de seguridad del paciente	Realizar acciones de implementación y seguimiento a la política y programa de seguridad del paciente. Establecer, implementar y monitorear acciones de mejora en

N°	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
			caso de identificar brechas en el desempeño.
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Realizar gestión de indicadores, con el objeto de identificar oportunamente desviaciones dentro del procedimiento. Definir e implementar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones	Medición de indicadores, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Implementación de política y programa de seguridad del paciente	Realizar acciones de implementación y seguimiento a la política y programa de seguridad del paciente. Establecer, implementar y monitorear acciones de mejora en caso de identificar brechas en el desempeño
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Realizar gestión de indicadores, con el objeto de identificar oportunamente desviaciones dentro del procedimiento. Definir e implementar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones	Medición de indicadores, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Realizar gestión de indicadores, con el objeto de identificar oportunamente desviaciones dentro del procedimiento. Definir e implementar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones	Medición de indicadores, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Definir, implementar y evaluar estrategias para la Captación temprana de las gestantes desde los diferentes servicios y programas que se operan	Implementar estrategias de gestión a la gestante. Implementar ruta materno perinatal y atención preconcepcional
22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Realizar seguimiento estricto a cada caso de sífilis congénita. Dar continuidad a estrategia de captación temprana y seguimiento a inasistentes. Fortalecer la adherencia de las usuarias al control prenatal e implementar el módulo de orientación de servicios en la red. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales en el manejo	Realizar Unidad de Análisis Aplicar Pruebas rápidas Participar en Mesas intersectoriales Gestionar inasistencia al control prenatal

Nº	Indicador	Logros o compromisos planteados	Actividades generales a desarrollar
		integral de las gestantes con sífilis gestacional.	
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Realizar seguimiento a la adherencia periódicamente, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances de este.	Capacitación en guías de práctica clínica Medición de adherencia, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Realizar seguimiento a la adherencia periódicamente, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances de este.	Capacitación en guías de práctica clínica Medición de adherencia, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Implementación de política y programa de seguridad del paciente	Realizar acciones de implementación y seguimiento a la política y programa de seguridad del paciente. Establecer, implementar y monitorear acciones de mejora en caso de identificar brechas en el desempeño
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Realizar gestión de indicadores, con el objeto de identificar oportunamente desviaciones dentro del procedimiento. Definir e implementar acciones de mejora en caso de encontrar desviaciones	Medición de indicadores, socialización de resultados y establecimiento e implementación de acciones de mejoramiento en caso de detectar brechas de desempeño

Tabla 3. Definición de metas por cada vigencia

Área de gestión	Nº	Indicador	Estándar	Línea de base	Metas por Periodo	
					2023	2024
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no	≥ 1,20	1	≥ 1,20	≥ 1,20

Área de gestión	Nº	Indicador	Estándar	Línea de base	Metas por Periodo	
					2023	2024
		acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥ 0.9	0,9	≥ 0.9	≥ 0.9
	3	Gestión de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.9	0,91	≥ 0.9	≥ 0.9
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	NLB	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	< 0.9	1,09	< 0.99	< 0.99
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,7	0,82	≥ 0,7	≥ 0,7
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de	0	0	0	0

Área de gestión	Nº	Indicador	Estándar	Línea de base	Metas por Periodo	
					2023	2024
		servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.				
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS.	4	5	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥1	1,02	≥1	≥1
	10	Oportunidad en la entrega en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No cumplimiento	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Gestión clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥ 0,8	0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0,8	0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	≥ 0,9	0,96	≥ 0,9	≥ 0,9
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías	0	0	0	0

Área de gestión	Nº	Indicador	Estándar	Línea de base	Metas por Periodo	
					2023	2024
		bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	≥ 0,9	0.92	≥ 0,9	≥ 0,9
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	≥ 0,9	0,99	≥ 0,9	≥ 9
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5 días	3.19	≤ 5 días	≤ 5 días
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8 días	9,6	≤ 8 días	≤ 8 días
	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0,85	0,46	≥ 0,61	≥ 0,85
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos	Presentó casos en la vigencia evaluada	0 casos	0 casos
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	≥ 0,8	0.73	≥ 0,8	≥ 0,8
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	≥ 0,8	0,8	≥ 0,8	≥ 0,8
	25	Proporción de reingreso de pacientes al	≤0,3	0.01	≤0,3	≤0,3

Área de gestión	N°	Indicador	Estándar	Línea de base	Metas por Periodo	
					2023	2024
		servicio de urgencias en menos de 72 horas				
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3 días	3	≤ 3 días	≤ 3 días

5.3 FASE DE APROBACION

Una vez culminada la fase de formulación, se procede a la presentación ante la Junta Directiva de la Entidad por parte de la Gerencia, para que sea estudiado, analizado y se hagan las observaciones pertinentes. Una vez el documento quede en firme será aprobado mediante Acuerdo de Junta en los términos descritos en el Artículo No. 73 de la Ley No. 1438 de 2011.

5.4 FASE DE EJECUCIÓN

Después de su aprobación, el presente de Plan de Gestión, se convertirá en el Plan de Gestión Institucional, para ser ejecutado por la Gerencia.

5.5 FASE DE EVALUACIÓN

La Gerencia de la E.S.E presentará ante la Junta Directiva, el informe anual (a 31 de diciembre de cada año) sobre el cumplimiento del Plan de Gestión, a más tardar el 1° de abril de cada vigencia. El informe estará debidamente soportado en las causas del comportamiento de los indicadores aprobados que serán debidamente evaluados.

La línea de base para cada indicador será el resultado obtenido en el año inmediatamente anterior.

Calificación del informe anual.

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión de la Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. La calificación del informe anual del Plan de Gestión se realizará teniendo en cuenta el Anexo N°3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N°4 "Matriz de Calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 408 de 2018 que modifica los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 743 de 2013.

Evaluación de Resultados.

Se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012, según lo muestra la Tabla 4. Especificaciones evaluación de resultados.

Tabla. 4. Especificaciones evaluación de resultados.

Rango de Calificación (0,0 – 5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
--	-----------------	---

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%

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. Según calificación obtenida, se aplica el proceso a seguir según Resoluciones 710 de 2012, Anexo 5.

Por último, es importante anotar que, dado que el Gerente inicia su período después del 1 de enero de 2023, será objeto de evaluación por parte de la Junta Directiva a partir de la vigencia 2024.