

# PLAN DE GESTIÓN

## 2012-2016



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA  
NIT. 891.180.134 - 2**

**Pitalito, 04 de mayo de 2012**

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ  
Gerente**

Con base en La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones"; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## **ÍNDICE**

1. JUSTIFICACIÓN.....	1
2. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	2
1. Fase de Preparación.....	3
2. Fase de Formulación.....	3
A. Diagnóstico Inicial.....	3
B. Escenario Proyectado .....	9
C. Metas Anuales.....	14
3. Fase de Aprobación .....	18
4. Fase de Ejecución .....	18
5. Fase de Evaluación .....	18

## **JUSTIFICACIÓN**

Con el fin de contribuir al cumplimiento del Plan de Gobierno para el desarrollo del Departamento del Huila y además para dar cumplimiento a las Políticas Nacionales en salud basadas en la Oportunidad, Accesibilidad, Calidad y Eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se presenta el Plan de Gestión para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para el período comprendido entre el 2012 al 2016, ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad para que sea estudiado, analizado y cumpla la fase de aprobación en los términos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

El presente Plan de Gestión, se realizó teniendo en cuenta las condiciones y la nueva metodología descrita en la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, *“Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”*; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas con la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de los servicios.

## **1. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN**

Con la entrada en vigencia de la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del presente Plan de Gestión; El cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ante la Junta Directiva; dando a conocer las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios; a través de las siguientes áreas de gestión:

### **A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA**

### **B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

### **C. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

El Plan de Gestión, incluye los compromisos suscritos en el Convenio de Reorganización Rediseño y Modernización de la Entidad (Convenio de Desempeño No. 191 de 2004), el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. El Plan de Gestión se elaboró con proyecciones enmarcadas y fundamentadas con la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de los servicios.

El Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, contiene en forma ordenada y coherente de acuerdo a la nueva normatividad:

- Las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo No.2 de la Resolución No. 710 de 2012.
- El Diagnóstico inicial o Línea de base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

El Plan de Gestión se diseñó con el apoyo del equipo de trabajo de la administración en forma tal que se pudieran ejecutar en forma sucesiva y continua las siguientes cinco (5) fases:

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

**1. Fase de Preparación:**

Se trabajó en la identificación de cada una de las fuentes de información para cada uno de los indicadores que se describen más adelante determinados en cada Área de Gestión; paso seguido fue llegar a establecer la línea base y posteriormente formular el Plan de Gestión.

**2. Fase de Formulación: (Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)**

**A. Diagnóstico Inicial:** El objetivo en esta fase fue lograr establecer un diagnóstico inicial, basado en evidencias y los respectivos soportes por cada fuente en forma cuantitativa y cualitativa, para cada uno de los indicadores que se muestran a continuación con corte a 31 de diciembre de 2011:

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**FASE DE FORMULACIÓN**  
**DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**  
**A 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2011)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Dirección y Gerencia 20%	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o el Ciclo de Mejoramiento de la E.S.E. en los términos del <b>Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008</b> ó de la norma que la sustituya (1)	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1/2,2	0,45	En el mes de abril de 2008, El Ministerio de la Protección Social, invitó a todas Las IPS Públicas del País a presentar una prueba o concurso basado en información sobre infraestructura, viabilidad financiera y desarrollo de procesos de calidad; con el fin de escoger las 100 IPS Públicas con mejores puntajes y a éstas ofrecerles un apoyo técnico importante en el tema de Acreditación de los Servicios de Salud. La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, clasificó dentro de este grupo de las 100 IPS, logrando que durante el año 2009 recibiera el apoyo técnico a través del Centro de Gestión Hospitalario; empresa contratada por el Ministerio para tal fin. En los años 2010 y 2011 se realizaron actividades dentro de los procesos de calidad encaminados a la Acreditación obetnriendose el puntaje de 2,2 y 1 respectivamente.
	2	Efectividad en la Auditoría 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 auditoría	10 / 12	0,83	La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, dando cumplimiento al Decreto 1011 de 2006, donde se establece el Sistema Obligatorio de La Garantía de Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud; ha venido realizando diferentes actividades en cada uno de los pilares del Sistema como son: Habilitación, Sistemas de Información, Mejoramiento Continuo de la Calidad, y Acreditación. Para la ejecución del Mejoramiento Continuo se tiene establecido el Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC); dentro del cual se han tenido en cuenta los Procesos prioritarios a impactar, la medición a través de indicadores y el análisis de los mismos, ejecutándose diez (10) de los doce (12) Planes Macro establecidos.
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas	9 / 12	0,75	En el Plan de Desarrollo para la vigencia 2008-2011 aprobado por la Junta Directiva, existian 4 ejes temáticos con metas a cumplir, entre ellos: Producción de Servicios (100% cumplido), Justificación de Apertura de Servicios de Tercer Nivel (100% cumplido), Proyectos de Inversión (logró del 40%), Indicadores de Calidad (100% cumplido). Para un total de metas proyectadas de 12 y un cumplimiento de 9 metas. Se hace la aclaración que las tres (3) metas no alcanzadas relacionadas con los Proyectos de Inversión (Construcción del Sistema de baterías sanitarias para las habitaciones de hospitalización y La Construcción del Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales, y Reforzamiento Estructural del Segundo Piso), no fue posible su ejecución por las recomendaciones técnicas dadas en su momento por Entidades externas como la CAM; y porque se alcanzaron a girar por parte del Departamento algunos valores que fueron posteriormente devueltos por ser estos inferiores a los valores requeridos para la ejecución de dichos proyectos; la Gerencia anterior realizó las gestiones pertinentes.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012  
**FASE DE FORMULACIÓN**  
**DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**  
**A 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2011)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la E.S.E. por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la Categorización del Riesgo	Sin Categorización	Sin Categorización	El Ministerio de Salud y Protección Social, empezará a partir de mayo de 2012 a definir, reglamentar y expedir las Certificaciones de Categorización en cuanto al Riesgo Fiscal y Financiero para las respectivas E.S.E.'S.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (2)	[[Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto Comprometido en la vigencia anterior - valores constantes del año objeto de evaluación - , sin incluir cuentas por pagar / Número UVR producidas en la vigencia anterior )]	Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida en el 2010 \$8,990.6 / Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida en el 2011 \$10,436,7	1,16	El concepto de la UNIDAD DE VALOR RELATIVO (U.V.R.), es establecido por tablas de cálculos originados en el Ministerio de Salud. En el resultado del indicador para la línea base se obtuvo 1,16 que significa que para generar una Unidad Producida se tuvo que comprometer un mayor gasto en la vigencia del 2011 comparada con la vigencia 2010. Por consiguiente el resultado de la variación para estas dos vigencias es de 1,16.
	6	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 mediante mecanismos de compras conjuntas a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico - quirúrgico.	0 / \$6.331 millones	0	A partir del 2012 mediante la nueva metodología de evaluación se implementa el presente indicador donde se orienta que las compras para medicamentos y material médico quirúrgico debe realizarse a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o Mecanismos electrónicos; lo cual en vigencias anteriores no se implementó, arrojando un resultado en el indicador de cero (0).
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	<b>A.</b> Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. <b>B.</b> [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	0 - 0	0	El indicador dió como resultado cero (0), por no tener deuda superior a 30 días por los conceptos analizados y la verificación del resultado de éste indicador fue presentada a la Junta Directiva a través del Informe de Gestión de la Vigencia 2011.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**FASE DE FORMULACIÓN**

**DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

**A 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2011)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de Informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	0	0	A partir del 2012 mediante la nueva metodología de evaluación se implementa el presente indicador donde se orienta la Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS - para que sea elaboren informes analíticos sobre el tema y sean presentados a la Junta Directiva de la Institución; lo cual en vigencias anteriores no se había implementado, arrojando un resultado en el indicador de cero (0).
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores.	\$35.150 / \$36.691 (cifras en millones de pesos)	0,96	El resultado del indicador muestra que el total del recaudo por concepto de ingresos asume el 96% del total de los gastos comprometidos para la vigencia 2011.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Se dio cumplimiento al indicador debido a que se remitieron los informes en las fechas establecidas de acuerdo a la normatividad expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. Esta verificación de rendición de informes en forma oportuna fue presentada a la Junta Directiva a través del Informe de Gestión de la Vigencia 2011.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Se dio cumplimiento al indicador debido a que se remitieron los informes en las fechas establecidas de acuerdo a la normatividad expedida por El Ministerio de Salud y Protección Social. Esta verificación de rendición de informes en forma oportuna fue presentada a la Junta Directiva a través del Informe de Gestión de la Vigencia 2011.



**FASE DE FORMULACIÓN**  
**DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**  
**A 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2011)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la Gestación / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E. con Diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre y Trastornos hipertensivos en la Gestación.	10 / 20	0,5	En la vigencia de 2011 de acuerdo a orientaciones del Ente Departamental se hizo énfasis en la realización de análisis de las patologías consideradas como morbilidad materna extrema, principalmente de la enfermedad eclámpsica y de las hemorragias en embarazo y parto. Para el caso del nuevo indicador establecido de manera exacta el resultado es del 50% en el 2011.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas Auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la Entidad en la Vigencia.	240 / 1.200	0,2	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), se debía analizar las diez (10) primeras causas de morbilidad por servicio y por especialidad; por consiguiente el análisis de la morbilidad no se realizaba de acuerdo al presente indicador establecido. Por lo cual el resultado arroja el 0,2 (20%) para el 2011.
	14	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicectomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	0 / 200	0	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), este indicador como está contemplado en la presente Resolución no estaba formulado, por consiguiente el análisis solicitado no se realizaba. Pero tomando los datos de la fórmula del indicador a 2011, el resultado es de cero (0).
	15	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0 / 0	0	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), este indicador como está contemplado en la presente Resolución no estaba formulado ni evaluado por consiguiente el análisis solicitado no se realizaba. Pero tomando los datos de la fórmula del indicador el resultado es de cero (0).

**FASE DE FORMULACIÓN  
DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2011**

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2011)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de Egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la Vigencia.	0 / 22	0	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), este indicador como está contemplado en la presente Resolución no estaba formulado ni evaluado por consiguiente el análisis solicitado no se realizaba. Pero tomando los datos de la fórmula del indicador el resultado es de cero (0).
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el Comité Respectivo / Total de Defunciones Intrahospitalarias mayores de 48 horas en el período.	8 / 83	0,10	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), este indicador como está contemplado en la presente Resolución no estaba formulado ni evaluado por consiguiente el análisis solicitado no se realizaba. Sólomente se exigía el análisis de las muertes maternas, por dengue, y otra patologías. Este nuevo indicador exige el análisis de todas las muertes después de 48 horas por lo que el resultado tomando los datos de 2011 es de 0,10.
	18	Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en el cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas Pediátricas asignadas en la Institución.	23.009 / 3.950	5,83	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), es un indicador que se pudo medir igual a lo solicitado en la presente Resolución, logrando un resultado de 5,83.
	19	Oportunidad en la Atención Gineco - Obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica Gineco-Obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas Gineco-Obstétricas asignadas en la Institución.	58.533 / 9.196	6,37	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), es un indicador que se pudo medir igual a lo solicitado en la presente Resolución, logrando un resultado de 6,37.
	20	Oportunidad en la Atención de Medicina Interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en el cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la Institución.	43.396 / 5.119	8,48	Hasta la vigencia de 2011, según el Decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C.), es un indicador que se pudo medir igual a lo solicitado en la presente Resolución, logrando un resultado de 8,48.

## B. Escenario Proyectado:

Una vez identificado el diagnóstico inicial presentado por cada Área de Gestión en las tablas anteriores, se procedió a diseñar un escenario proyectado para dar resolución a los problemas y/o desarrollar las prioridades establecidas; describiendo los logros a alcanzar para cada Área de Gestión, reflejando en forma cualitativa y cuantitativa, los cambios que se evidenciarán al finalizar el período de la actual Gerencia. A continuación se presenta en forma concreta el escenario proyectado teniendo en cuenta las siguientes variables:

1. Área de Gestión
2. Logros o compromisos planteados para el período de gerencia
3. Actividades generales a desarrollar

<b>A. ÁREA DE GESTIÓN : DIRECCIÓN Y GERENCIA</b>			
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA</b>			
<b>1.</b>	Realizar una autoevaluación cuantitativa de manera anual en desarrollo del Ciclo de Preparación y mejoramiento para la Acreditación de la E.S.E.		
<b>2.</b>	Hacer funcional el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC- con sus respectivos planes de mejoramiento.		
<b>ESTRATEGIAS:</b>			
	Conformación, actualización y capacitación del equipo multidisciplinario de acreditación.		
<b>3.</b>	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		
<b>3.1</b>	<b>Infraestructura: Proyectos de Inversión</b>	<b>PRESUPUESTO APROXIMADO (Millones de Pesos)</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	1. Terminación de la Construcción de la Ampliación del Servicio de Urgencias y Obras de Urbanismo	0	Financiado en su totalidad para la vigencia 2011-2012 \$2.708 millones
	2. Gestión para la obtención de los equipos médicos necesarios para el funcionamiento de la Ampliación del Servicio de Urgencias.	1.500	
	3. Remodelación del área actual y en funcionamiento del Servicio de Urgencias.	1.000	El Proyecto se encuentra aprobado por El Ministerio de Salud y el Departamento.
	4. Gestión del Proyecto de Ampliación de 14 habitaciones para el Servicio de Hospitalización.	1.214	El Proyecto se encuentra radicado en Planeación Departamental.
	5. Gestión para la obtención de la dotación requerida para la Ampliación del Servicio de Hospitalización.	700	
	6. Gestión para la consecución de los paneles solares para el suministro de agua caliente.	300	
	7. Gestión del Proyecto de Farmacia Unidosis	500	
	<b>SUBTOTAL INFRAESTRUCTURA</b>	<b>5.214</b>	

<b>ESTRATEGIAS:</b>
Gestionar los proyectos anteriores ante el Gobierno Departamental para lograr la sensibilidad, voluntad y compromiso de los recursos necesarios que permitan la realización de los mismos.

<b>3.2</b>	<b>Gestión del Talento Humano:</b>
	1. Conformación de los Semilleros de Talento Humano: Captación y Selección del Talento Humano por Competencias y perfiles.
	<b>ESTRATEGIAS:</b>
	a. Capacitaciones de Inducción orientadas a una Cultura Organizacional, buscando fortalecer la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la Institución.
	b. Evaluación Integral para la selección, compuesta por conocimientos técnicos, prueba psicotécnica, y entrevista.
<b>3.3</b>	<b>Gestión de la Información :</b>
	1. Estructurar un Sistema de Información Integral que permita la optimización de los softwares existentes y que a la vez sea funcional en la comunicación con los clientes externos.
	<b>ESTRATEGIAS:</b>
	a. Sistemas de Información: Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo, para la eficiencia del flujo de la información y sus reportes.
	b. Página WEB Institucional: Rediseñar y Actualizar la Página WEB de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, teniendo en cuenta la normatividad vigente y para una mejora en la interacción con la comunidad (Participación Ciudadana).
	c. Optimización y puesta en funcionamiento del Intranet (Hospital Cero papel)

<b>3.4</b>	<b>Producción de Servicios (Con Metas Proyectadas y Exigidas en el Convenio de Desempeño No. 191/2004 con el Ministerio de Salud y Protección social):</b>	
	<b>Servicio</b>	<b>Meta Anual</b>
	<b>Meta Semestral</b>	
	Consulta de Medicina Especializada	26.122
	Consulta de Urgencias	21.979
	Egresos Hospitalarios	6.693
	Cirugías	3.739
	Partos Vaginales y Cesáreas	2.410
	<b>ESTRATEGIAS:</b>	
	a. Análisis de demanda.	
	b. Organización de agendas médicas adecuadas por servicio.	
	c. Implementar la organización y utilización del concepto de Gerencia de servicios quirúrgicos y de salas de parto.	

<b>B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA</b>	
<b>1. (Presupuesto)</b>	Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
1.1	Realizar un análisis presupuestal cada trimestre para observar las variaciones, señalando sus causas en relación con los programas, proyectos y actividades aprobadas en el correspondiente presupuesto.
1.2	Evaluar mensualmente el recaudo, proceso que implica estimar el costo de lo que se requiere hacer y contratarlo con los recursos que se dispongan.
<b>2. (Cartera)</b>	Efectuar cobro y recaudo de cartera buscando que se presente disminución gradual y porcentual de la cartera superior a 360 días con relación al total de la cartera al cierre de cada vigencia fiscal.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
2.1	Efectuar control y seguimiento mensual a la cartera de cada una de las entidades y en forma global a cada uno de los regímenes.
<b>ACTIVIDADES</b>	
	a. Generar estado de cartera al cierre del mes. b. Efectuar comparativo de la cartera por entidad y su movimiento con relación del mes anterior. c. Las entidades que presenten rezago en los pagos se les inicia el respectivo cobro pre jurídico.
2.2	Efectuar cobro pre jurídico en forma mensual a cada una de las entidades. (Oficiar electrónica o físicamente, llamado y conciliación.)
<b>ACTIVIDADES</b>	
	a. Oficiar, vía electrónica o física, del estado de cartera al cierre del periodo analizado. b. Mantener contacto telefónico con cada una de las entidades, informando sobre el envío de la cartera y su estado. c. Propiciar procesos de conciliación con cada una de las entidades, ya sea vía electrónica o física presencial.
2.3	Toda cartera superior a 90 días se debe indicar proceso de conciliación ante la entidad competente. (Superintendencia Nacional de Salud o Procuraduría)
<b>ACTIVIDADES</b>	
	a. Informar a la entidad que el no pago de las obligaciones contraídas por los servicios de salud prestado a sus usuarios nos obliga a iniciar proceso de conciliación ante la entidad competente. b. Iniciar la solicitud de conciliación ante la entidad competente, ante la negativa de efectuar el reconocimiento de la deuda. c. Desarrollo de la solicitud de conciliación.
2.4	Toda cartera que no surtió efecto dentro del proceso de conciliación se debe iniciar el respectivo proceso jurídico.

<b>ACTIVIDADES</b>	
	a. Informar a la EPS, EPS-S y o ente territorial correspondiente que el no reconocimiento de la cartera por vía directa o conciliación nos obliga a iniciar el respectivo proceso jurídico, lo que lleva al incremento de la misma por los intereses moratorios y honorarios del abogado. b. Se da traslado de la cartera al jurídico de la institución para el inicio del proceso jurídico correspondiente.
<b>3. (Facturación)</b>	Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
3.1	Establecer programas de evaluación de costos de servicios de salud, que permitan a la gerencia de la Institución, tomar decisiones de mercadeo en los acuerdos de voluntades con las diferentes EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios), en busca de un aumento en la realización de procedimientos y actividades cubiertas por los planes de beneficios, que permitan ser competitivas con el mercado externo.
3.2	Optimizar los recursos de las diferentes unidades funcionales de negocios de la Institución, en especial el área quirúrgica que permita una mayor oferta de cirugías programadas y de procedimientos quirúrgicos, que representan mayor valor en la facturación de los mismos.
<b>4. (Facturación)</b>	Disminución de las facturas pendientes por radicar (Estado 1), en un porcentaje no mayor del 5% del Valor Total facturado en el mes.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
4.1	Revisión del 100% de las facturas con problemas en los requisitos exigidos por la normatividad, antes del vencimiento del mes objeto de la radicación.
4.2	Establecer y clasificar de manera anticipada al vencimiento del mes objeto de la radicación, los procesos responsables del incumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad, a fin de canalizarlos y notificarlos de manera oportuna para su corrección.
<b>5. (Facturación)</b>	Disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
5.1	Realización de un programa de capacitación a todo el personal asistencial y administrativo en temas de contratación y coberturas de planes de beneficios, que permitan afianzar conocimientos y fortalecerlos en temas relacionados con los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo.
5.2	Fortalecer el uso de herramientas informáticas que permitan de manera inmediata, la consulta de normatividad vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las diferentes dependencias o procesos de la institución.

<b>6. (Contabilidad)</b>	Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
6.1	Conocer, comparar y evaluar con el área financiera en forma trimestral los Estados Financieros con los parámetros que establecerá el Ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto a la Calificación y categorización del Riesgo Fiscal y Financiero, para permanecer en el estándar óptimo (Categorización Sin Riesgo).
6.2	Analizar las variaciones en forma trimestral en los gastos: Servicios Personales Indirectos, Gastos Generales, y Gastos de Operación y Comercialización; con la finalidad de establecer controles y políticas de austeridad que contribuyan a mejorar el indicador del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida U.V.R.
6.3	A través del esfuerzo de la políticas de recaudo oportuno y manteniendo un adecuado flujo de los recursos, realizar los pagos correspondientes a los salarios del personal de planta y contratación de servicios, entre otros en forma sincronizada y oportuna.
<b>7. (Compras)</b>	Austeridad del Gasto en las compras y racionalización de los recursos.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
7.1	Realizar el estudio de convenios con empresas del Sector Público y Privado que lideren a través de plataformas electrónicas los procesos de compra de medicamentos y de material médico quirúrgico; para disminuir costos en los actuales procesos, promoviendo el ahorro de los recursos en la Institución y en cumplimiento de la normatividad vigente.
7.2	Reorganizar y rediseñar la dispensación de los medicamentos en los diferentes servicios del Hospital para mitigar el riesgo de lo no facturado, los motivos de glosa y los costos por su administración en las áreas a fin.
7.3	Generar conciencia, cultura de la austeridad del gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo y dispositivos médicos para el cumplimiento de la prestación del servicio en las áreas asistenciales y administrativas.
<b>8. (Glosas)</b>	Lograr la disminución de la glosa final
<b>ESTRATEGIAS</b>	
8.1	Implementación del sistema de médico concurrente.
8.2	Conciliación de glosas trimestrales con las diferentes entidades.
8.3	Optimizar el módulo de glosas en el respectivo software.
8.4	Revisar los conceptos de glosas a través del Comité de Glosas y socializarlos con los funcionarios que dan origen a la misma.
<b>9. (Tesorería)</b>	Implementar giros electrónicos.
<b>ESTRATEGIAS</b>	
9.1	Realizar el respectivo convenio con las entidades bancarias donde posea cuentas el Hospital para efectuar los pagos en forma electrónica, disminuyendo los costos en que se incurren en el proceso de giro de cheques actualmente, y agilizando el proceso de pago.

<b>C. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL</b>	
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA</b>	
<b>1.</b>	Analizar el 100% de los ítems referentes a los indicadores de gestión clínica
<b>ESTRATEGIAS</b>	
1.1	Funcionabilidad de los Comités Asistenciales establecidos por norma.
1.2	Auditoría concurrente en los diferentes servicios.
1.3	Planes de mejoramiento con controles de cumplimiento.
1.4	Socialización de resultados con el personal asistencial.

Es importante dejar enunciados algunos de los proyectos que la Gerencia ha considerado se deben tener en cuenta en el desarrollo de la gestión, como son:

- La ampliación y remodelación del Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
- La construcción de una Unidad para manejo de pacientes con patologías mentales.
- Construcción del servicio de Terapias y Rehabilitación.
- Construcción de la Unidad Neonatal.

En el análisis de la Línea Base del Diagnóstico Inicial, quedaron pendientes los siguientes proyectos por realizar:

- Baterías Sanitarias para Hospitalización.
- Manejo de Aguas Residuales.
- Reforzamiento Estructural.

### **C. Metas Anuales:**

El último paso de la fase de formulación fue el establecimiento de las siguientes metas anuales, partiendo de los indicadores y su respectivo estándar establecido en la Resolución 710 de 2012. Hay que hacer la aclaración que en cuanto a las metas para el primer año (2012), de acuerdo a la normatividad citada solamente se deben tener en cuenta nueve (9) meses (De abril a diciembre).

A continuación se presenta las metas anuales teniendo en cuenta la metodología establecida en la Resolución marco del presente plan, con las siguientes variables:

1. Área de Gestión
2. No. Del Indicador
3. Indicador
4. Metas para los años 1, 2, 3, y 4 del período de gerencia.



Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012  
**METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN**  
**INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN**

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para Cada Año	METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN				
				2012 (9 meses)	2013	2014	2015	2016
a	b	d	f					
Dirección y Gerencia 20%	1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o el Ciclo de Mejoramiento de la E.S.E. en los términos del <b>Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008</b> ó de la norma que la sustituya (1)	≥ 1,20	≥ 0,90	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	≥ 0,90	≥ 0,68	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,90	≥ 0,68	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012  
**METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN**  
**INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN**

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para Cada Año	METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN				
				2012 (9 meses)	2013	2014	2015	2016
a	b	d	f					
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO	Categorizada SIN RIESGO
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (2)	< 0,90	< 0,68	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90
	6	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.	≥ 0,70	≥ 0,53	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa
	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	3	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1,00	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	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 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012  
**METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN**  
**INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN**

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para Cada Año	METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN				
				2012 (9 meses)	2013	2014	2015	2016
a	b	d	f					
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80
	14	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	15	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa	Cero (0) ó variación negativa
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	18	Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
	19	Oportunidad en la Atención Gineco - Obstétrica	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
	20	Oportunidad en la Atención de Medicina Interna	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15

(1) Aplica igual para E.S.E. acreditadas

(2) La cuantificación de las Unidades de Valor Relativo (UVR) Se realizará de acuerdo con la Metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **3. Fase de Aprobación:**

La fase anterior de formulación finaliza con la presentación del presente Plan de Gestión ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva. Ahora, en la fase de aprobación consiste en el estudio, análisis, y observaciones por parte de la Junta Directiva y posterior aprobación mediante Acuerdo en los términos que establece el Artículo No. 73 de la Ley 1438 de 2011.

### **4. Fase de Ejecución:**

Una vez aprobado el Plan de Gestión, este debe ser ejecutado por la Gerencia de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe Anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.

### **5. Fase de Evaluación:**

Ésta última fase consiste en la evaluación anual del Plan de Gestión que presentará la Gerencia a la Junta Directiva en un Informe Ejecutivo al cierre de cada vigencia, a más tardar el 1° de abril de cada año; evidenciando los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y con base en la siguiente matriz de calificación contenida en la Resolución marco.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período Evaluado - h			
				0	1	3	5
a	b	c	d				
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o el Ciclo de Mejoramiento de la E.S.E. en los términos del <b>Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008</b> ó de la norma que la sustituya (1)	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor de 1,0, o la ESE no ha iniciado ningún Ciclo de Mejoramiento.	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10.	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación está entre 1,11 Y 1,19.	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2.
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor mejor o igual a 0,50, ó si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento Continuo.	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70.	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71 y 0,89.	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90.
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50, ó si la ESE no cuenta con plan operativo anual.	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70.	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71 y 0,89.	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período Evaluado - h			
				0	1	3	5
a	b	c	d				
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO MEDIO.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO BAJO.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como SIN RIESGO.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (2)	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor mayor que 1,10.	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 1,0 Y 1,10.	Califique con Tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99.	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor menor que 0,90.
	6	Nivel I, II Y III	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.	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0,30.	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0,31 y 0,50.	Califique con Tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69.	Califique con Cinco (5) si el indicador específico arroja un valor mayor o igual a 0,70.
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es positiva.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual arroja valor Cero (0).	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es negativa.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda Cero (0).
	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó menos de dos informes de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la Junta Directiva de la Entidad	Califique con Uno (1) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó, a la Junta Directiva de la Entidad, dos informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la junta Directiva de la Entidad, por lo menos 3 informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la junta Directiva de la Entidad, por lo menos 4 informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período Evaluado - h			
				0	1	3	5
a	b	c	d				
Financiera y Administrativa 40%	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90.	Califique con Tres (3), si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99.	Califique con Cinco (5), si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00.
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la empresa Social del Estado NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.			Califique con cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la empresa Social del Estado SI presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la empresa Social del Estado NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, ó la norma que la sustituya.			Califique con cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la empresa Social del Estado SI presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período Evaluado - h			
				0	1	3	5
a	b	c	d				
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,31 y 0,55.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,31 y 0,55.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80.
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada se presentaron eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es positiva.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada de la ESE registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual arroja valor Cero (0)	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada de la ESE registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es negativa.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada de la E.S.E NO registró eventos de neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.



Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período Evaluado - h			
				0	1	3	5
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.51.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0.51.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.
	18	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.
	19	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención Gineco - Obstétrica	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.
	20	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención de Medicina Interna	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días.

(1) Aplica igual para E.S.E. acreditadas

(2) La cuantificación de las Unidades de Valor Relativo (UVR) Se realizará de acuerdo con la Metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**ANEXO No. 4**

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k X l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o el Ciclo de Mejoramiento de la E.S.E. en los términos del <b>Artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008</b> ó de la norma que la sustituya (1)				0,05	
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud				0,05	
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,10	

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**ANEXO No. 4**

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k X l
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III	Riesgo Fiscal y Financiero				0,05	
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (2)				0,05	
	6	Nivel I, II Y III	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.				0,05	
	7	Nivel I, II Y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.				0,05	
	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05	
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05	
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.				0,05	
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.				0,05	

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**ANEXO No. 4**

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN**

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k X l
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.				0,07	
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).				0,05	
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía				0,05	
	15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual				0,05	
	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría				0,03	
	19	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención Gineco - Obstétrica				0,03	
	20	Nivel II Y III	Oportunidad en la Atención de Medicina Interna				0,02	
<b>TOTALES</b>							<b>1,00</b>	<b>0,00</b>

Resolución No. 710 del 30 de marzo de 2012

**ANEXO No. 5**

**ESCALA DE RESULTADOS**

<b>Rango Calificación (0, 0-5, 0)</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumplimiento del Plan de Gestión</b>
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje Total entre 3,50 y 5,0	satisfactoria	Igual o Superior al 70%

El anterior Plan de Gestión ha sido presentado siguiendo una metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a la vez teniendo en cuenta las necesidades sentidas y ya establecidas en la institución, con el fin de impactarlas y lograr un buen desarrollo institucional tanto como Empresa Social del Estado, como también considerando que el principal capital de la misma es el talento humano y con la visión que la prestación de los servicios de salud se brinden con calidad, optimizando recursos y siendo eficientes, para mejorar la situación de salud de la población Laboyana y sur huilense, así como la calidad de vida de toda la población Surcolombiana.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ  
Gerente