

PLAN DE GESTIÓN

“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”

2020- 2024



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO**

NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 14 de mayo de 2020

**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”; y las Resoluciones No. 743 de 15 de marzo de 2013 y No. 408 de 15 de febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	3
2. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN	4
1. Fase de Preparación	5
2. Fase de Formulación	5
A. Diagnóstico Inicial	5
B. Escenario Proyectado	11
C. Metas Anuales	19
3. Fase de Aprobación	25
4. Fase de Ejecución	25
5. Fase de Evaluación	25

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 “Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”** para La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para el período comprendido del 01 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2024, 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 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”*; al igual que las modificaciones establecidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las Resoluciones No. 743 de 15 de Marzo de 2013, y No. 408 de 15 de febrero de 2018.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas en los procesos de planeación institucional, las metas visionadas por la alta dirección, los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, los cinco (5) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica de la entidad, y los cinco (5) Objetivos Estratégicos, entre otros.

1. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN

Con la entrada en vigencia de la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, y sus Resoluciones modificatorias No. 743 de 15 de Marzo de 2013 y No. 408 de 15 de febrero de 2018 expedidas 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 de La Gerente de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ante la Junta Directiva y ante la ciudadanía en general; 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 presente Plan de Gestión, incluye los compromisos de producción de servicios, la visión en el tiempo de las metas que se pretenden alcanzar por la alta dirección, el cumplimiento oportuno de la rendición de cuentas e informes a los entes de control, seguimiento y vigilancia como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Contaduría General de la Nación, entre otros. El Plan de Gestión se elaboró con proyecciones enmarcadas y fundamentadas con los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, los cinco (5) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica de la entidad, los cinco (5) Objetivos Estratégicos, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de los servicios; los cuales para éste nuevo período se deben reformular para ajustarlos a los cambios normativos, condiciones de mercado y nuevos retos que afronta la institución.

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. 408 de 2018.
- 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 (área asistencial y área administrativa) 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, tomando también como referencia el informe de gestión de 2019 y la rendición de cuentas para la vigencia 2019, permitiendo analizar cada uno de los indicadores que se muestran a continuación con corte a 31 de diciembre de 2019:

Anexo 1. Condiciones y Metodología para la Presentación y Evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial
Resoluciones: 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de 15 de marzo de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018

FASE FORMULACIÓN
DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2019)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	2,9/2,7	1,07	La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene haciendo grandes esfuerzos en materia de calidad en la prestación de servicios, realizando diversas actividades que permitan una transformación cultural (cliente interno y cliente externo) basado en el grupo de estándares para lograr la Acreditación en Salud en la institución, basados en la Resolución 2082 de 2014, Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación -V 3,1) y la Resolución 2003 de 2014 que regula los estándares de habilitación. Se vienen realizando las autoevaluaciones anuales con sus respectivos planes de acción, impactando los factores críticos de éxito y avanzando en las metas de las oportunidades de mejora. Las autoevaluaciones anuales del ciclo de preparación y mejoramiento para la Acreditación de la E.S.E., han arrojado los siguientes resultados: 1,0 (2012), 2,0 (2013), 2,5 (2014), 3,0 (2015), 3,6 (2016), 3,7 (2017), 2,7 (2018) y 2,9 (2019); obteniendo una variación interanual a Diciembre de 2019 de 1,07.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	244/265	0,92	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 Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC); dentro del cual se han tenido en cuenta la Resolución 256 de 2016, teniendo en cuenta la calidad observada versus la calidad esperada, priorizando el mejoramiento de los Procesos evaluados, verificando su efectividad, y resultados con base en los indicadores establecidos. Para la vigencia 2019 se ejecutaron 244 acciones de mejoramiento de las 265 programadas, logrando un cumplimiento del 92%.
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	22,23/23	0,97	En el Plan de Gestión para la vigencia 2016-2020 aprobado por la Junta Directiva, existían 23 metas a cumplir, basadas en las estrategias formuladas y aprobadas e implementadas en todos los niveles de la institución. Para el desarrollo de dichas metas se trabajó articuladamente con lo establecido en el Plan Estratégico, los Planes de Acción de la Institución vigencia tras vigencia y los respectivos POAS por procesos. El cumplimiento de las 22,23 metas de las 23 proyectadas tuvo un alcance del 97%; evidenciando grandes logros en las áreas de gestión (Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Clínica o Asistencial), al igual que el reconocimiento de éstos por parte de la comunidad en general y de entidades del orden local, regional, Departamental, Nacional e Internacional.

Anexo 1. Condiciones y Metodología para la Presentación y Evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial

Resoluciones: 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de 15 de marzo de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018

FASE FORMULACIÓN

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

A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2019)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Categorización	Sin Riesgo	El Ministerio de Salud y Protección Social, desde la vigencia 2012 viene expidiendo anualmente las Certificaciones de Categorización en cuanto al Riesgo Fiscal y Financiero para cada una de las Empresas Sociales del Estado, con base a los lineamientos normativos. Desde la vigencia 2014 la entidad se ha categorizado SIN RIESGO hasta la fecha.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación /Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	\$10.305,10 / \$10.525,72	0,98	El concepto de la UNIDAD DE VALOR RELATIVO (U.V.R.) , se refiere a la unidad de medida de los servicios que los hospitales ofrecen a los usuarios, desarrollada con unas equivalencias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, permitiendo analizar el crecimiento real de la producción hospitalaria en cada uno de sus componentes. Al comparar el gasto anual con el resultado en U.V.R. como lo describe el indicador, permite identificar la eficiencia del manejo de los recursos públicos con miras a un equilibrio financiero. En el resultado del indicador para la línea base (2019) se obtuvo 0,98 siendo un resultado positivo que evidencia el esfuerzo realizado en cada vigencia en cuanto a la contención y austeridad en el gasto para lograr el equilibrio financiero del Hospital.
	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.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de E.S.E., (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor Total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	\$0 / \$12.144 millones	0,0	A nivel Departamental no se han creado hasta la fecha para El Huila el sistema de compras conjuntas, compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado ó el establecimiento de compras a través de mecanismos electrónicos, para el cumplimiento del presente indicador. Sin embargo el Hospital viene dando cumplimiento en su parte contractual en lo relacionado con compras a través de la plataforma electrónica de la página www.colombiacompra.gov.co en el SECOP, en cumplimiento del Manual de Contratación vigente.
	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.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (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)	0 - 0	0	Para la vigencia 2019, el indicador dio como resultado cero (0), por no tener deuda superior a 30 días por los conceptos del presente indicador. En el informe anual de 2019, se evidenció las acciones positivas y de gestión de los recursos públicos que han permitido el cumplimiento del presente indicador. Es necesario resaltar que es Política de la Alta Gerencia cumplir en forma permanente con el pago oportuno a todo el personal que labora en la entidad sin importar el tipo de vinculación, contribuyendo de esta manera con la mejora en el clima organizacional y otros indicadores.

Anexo 1. Condiciones y Metodología para la Presentación y Evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial

Resoluciones: 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de 15 de marzo de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018

FASE FORMULACIÓN

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

A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2019)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de Informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	El Hospital viene cumpliendo el 100% del presente indicador al presentar los informes trimestrales de RIPS ante la Junta Directiva y comunidad en general a través de los canales institucionales de comunicación. Los mencionados informes han permitido analizar diferentes procesos del Hospital, como: Pacientes atendidos, facturación, atención por régimen, estadísticas vitales, indicadores de eficiencia técnica por especialidad, medición de la satisfacción del usuario, perfil epidemiológico y producción de los diferentes servicios; Así mismo, han sido fundamentales para la apertura de nuevos servicios, los proyectos de infraestructura y dotación, entre otros.
	9	Resultado Equilibrio con Presupuestal Recaudo	Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores).	\$78.943,51 millones / \$79.341,76 millones	0,99	El resultado del indicador muestra que del total recaudado por concepto de ingresos, estos asumen el 99% del total de los gastos comprometidos para la vigencia 2019. Este es uno de los indicadores más difíciles de cumplir en el área financiera teniendo en cuenta las dificultades que afronta el sector salud; sin embargo, en las vigencias 2017 y 2018 su resultado fue muy positivo, logrando 1,12 y 1,05 respectivamente .
	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.	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 certificada por La Superintendencia Nacional de Salud, y presentada a la Junta Directiva a través del Informe de Gestión de la Vigencia 2019 y en forma anual para las vigencias anteriores.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación..		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 certificada por El Ministerio de Salud y Protección Social, y presentada a la Junta Directiva a través del Informe de Gestión de la Vigencia 2019, al igual que los informes anulaes de vigencias anteriores.

Anexo 1. Condiciones y Metodología para la Presentación y Evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial
Resoluciones: 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de 15 de marzo de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018

FASE FORMULACIÓN
DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2019)		OBSERVACIONES
				Fórmula	Resultado	
a	b	d	e			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en la Gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la E.S.E. con Diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre o Trastornos hipertensivos en la Gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	356 / 371	0,95	El seguimiento y monitoreo del presente indicador permite la evaluación de la adherencia a la guía de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes, para la cual se realizan muestras representativas de manera aleatoria de nuestro sistema de información. El resultado en la vigencia 2019 evidencia un cumplimiento del 95%.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas Auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la Vigencia objeto de evaluación.	1,034 / 1,051	0,98	Nuestra primera causa de egreso corresponde la atención del parto, para ello la institución cuenta con la Unidad de Ginecología y Obstetricia exclusiva para la atención integral, sumado a la implementación de la Estrategia IAMII, incluyendo la atención preferencial en Alojamiento Conjunto y otros procesos establecidos para la atención con calidad del binomio madre-hijo. El resultado del indicador para la vigencia 2019 fue de 98%.
	14	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	608 / 608	1,00	El Hospital viene cumpliendo con el 100% del presente indicador, al contar con herramientas en los sistemas de información solicitadas por los colaboradores de la institución para monitorear los procedimientos médicos con las respectivas alertas. Así mismo, se cuenta con la concurrencia Médica y se realizan las respectivas rondas de seguridad y calidad en forma integral.
	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 objeto de evaluación - Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	0 - 0	0	El Hospital viene cumpliendo el 100% del presente indicador al implementar Políticas como la Estrategia IAMI, en la cual se fomentan las adecuadas técnicas de lactancia, educando a las madres sobre el no uso de biberones, y realizando vigilancia estricta de los pacientes con riesgo potencial de bronco aspiración. Lo anterior sumado al trabajo en equipo del área asistencial y la concurrencia médica que realiza el respectivo seguimiento y monitoreo ha permitido tener como resultado cero (0) casos de neumonías por aspiración en pacientes pediátricos en las vigencias anteriores.

Anexo 1. Condiciones y Metodología para la Presentación y Evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial
Resoluciones: 710 del 30 de marzo de 2012, 743 de 15 de marzo de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018

FASE FORMULACIÓN
DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2019)		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 de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de Egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la Vigencia objeto de evaluación.	294 / 294	1,00	El Hospital viene cumpliendo el 100% del presente indicador al poder hacer seguimiento al mismo con el apoyo de los sistemas de información, la digitalización de las historias clínicas, el trabajo en equipo del área asistencial y la concurrencia médica que realiza el respectivo seguimiento y monitoreo. Agregado a lo anterior es necesario citar que se han ajustado los respectivos protocolos, y procedimientos médicos para cumplir con la oportunidad de la valoración y tratamiento para los pacientes que presentan esta patología. Se ha fortalecido el capital humano para cumplir con la norma y las políticas de humanización.
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas revisada en el Comité Respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes Intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	154 / 154	1,00	El Hospital viene cumpliendo el 100% del presente indicador al contar con un equipo interdisciplinario comprometido en el análisis de todas las muertes intrahospitalarias, determinando los factores asociados al evento y los relacionados con las posibles fallas en la atención del servicio; así mismo, se ha contado con el apoyo de los sistemas de información, la digitalización de las historias clínicas, el trabajo en equipo del área asistencial y la concurrencia médica que realiza el respectivo seguimiento y monitoreo. Agregado a lo anterior es necesario citar que se han ajustado los respectivos protocolos, y procedimientos médicos para la mejora continua frente a las fallas evidenciadas. Se ha fortalecido el capital humano para cumplir con la norma y las políticas de humanización.
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha Técnica SIHO	4,79	El Hospital ha diseñado estrategias para mejorar la oportunidad en la atención de las consultas médicas especializadas, entre ellas se cuenta con: El Centro de Acopio (Proceso de autorizaciones), mejoras en el proceso de agendamiento de citas médicas (priorizando casos especiales), realizando jornadas extras de atención, y fortalecimiento del capital humano y los sistemas de información (herramienta de monitoreo permante: Power BI). Se ha incrementado el número de Pediatras, que sumado a todo lo anterior ha permitido el cumplimiento óptimo del presente indicador.
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha Técnica SIHO	4,25	El Hospital ha diseñado estrategias para mejorar la oportunidad en la atención de las consultas médicas especializadas, entre ellas se cuenta con: Mejoras en el proceso de agendamiento de citas médicas (priorizando casos especiales), fortalecimiento del capital humano y los sistemas de información (herramienta de monitoreo permante: Power BI). Se ha rediseñado algunos procesos internos asistenciales, que sumado a todo lo anterior ha permitido el cumplimiento óptimo del presente indicador.
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha Técnica SIHO	10,88	El Hospital ha diseñado estrategias para mejorar la oportunidad en la atención de las consultas médicas especializadas, entre ellas se cuenta con: El Centro de Acopio (Proceso de autorizaciones), mejoras en el proceso de agendamiento de citas médicas (priorizando casos especiales), realizando jornadas extras de atención, y fortalecimiento del capital humano y los sistemas de información (herramienta de monitoreo permante: Power BI). Se ha incrementado el número de Internistas, que sumado a todo lo anterior ha permitido el cumplimiento óptimo del presente indicador.

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; basados en los logros obtenidos en las vigencias anteriores y en el trabajo realizado para continuar avanzando en la meta de La Acreditación Institucional, la cual ha permitido a la fecha ir transformando nuestra cultura organizacional con el objetivo de entregar a los usuarios servicios de salud con estándares superiores de calidad.

En la vigencia 2017 se iniciaron procesos de fortalecimiento institucional basados en los procesos de calidad, humanización y del camino hacia la Acreditación, destinados al cambio organizacional. Se realizó la Primera Semana de La Acreditación, se ha trabajado permanentemente con los Asesores Externos en capacitaciones del Talento Humano para la conformación de los diferentes equipos y formulación de planes de trabajo.

En el 2018 se empezó a reconocer los logros obtenidos basados en el avance institucional camino a la Acreditación, por consiguiente, se participó con experiencias exitosas en el ámbito nacional e internacional como lo fue el 27° Foro Internacional OES y 4° Foro Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud. De otra parte, varios medios de comunicación publicaron escritos sobre la oferta de nuestros servicios de salud humanizados, confiables y con enfoque en Acreditación, entre otros.

En el 2019 se ha continuado con el trabajo en equipo basado en los planes de acción formulados con base en las oportunidades de mejora para avanzar hacia el logro de los estándares de la Acreditación. La Familia Hospitalaria, ha comprendido que gracias a la transformación cultural si es posible realizar buena gestión en los hospitales públicos, basados en principios y valores; logrando beneficios para todos los actores y participantes del sistema de salud. En el último informe presentado en la Rendición de Cuentas y Evaluación Gerencial se dieron a conocer 16 logros y reconocimientos alcanzados a nivel local, Departamental, Nacional e Internacional producto del trabajo realizado en equipo hacia la meta de la Acreditación Institucional.

Para el período proyectado 2020 a 2024, se continuará con el compromiso de todo el personal de la institución en todos sus niveles hacia la meta de la Acreditación, con la observancia de los resultados obtenidos anualmente tanto cualitativamente como cuantitativamente que nos motiva a continuar en esa ruta, por cuanto cada vez estamos más cerca de dicho logro. Con base en la síntesis expuesta anteriormente, se propone seguir trabajando para éste nuevo período en los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, para desarrollarlos sistemática e integralmente con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital; de esta manera se convierten en los pilares de nuestro Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana**” 2020-2024. A continuación, vamos a recordar el alcance de cada uno de ellos:



Humanización de la Atención



1. Humanización de la Atención: Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas.

La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia
- Manejo del duelo
- Tecnología

Seguridad del Paciente



2. Seguridad del Paciente: Se trata del conjunto de elementos, metodologías y procesos basados en la evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud de mitigar sus consecuencias. La Política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes para identificar las causas y

acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras.

Responsabilidad Social Empresarial



3. Responsabilidad Social Empresarial: Es la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación, tiene como meta la reducción de las inequidades en salud.

Áreas de la responsabilidad social:

- Derechos humanos
- Derechos laborales
- Medio ambiente
- Lucha contra la corrupción

Gestión de la Tecnología



4. Gestión de la Tecnología

Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

Gestión del Riesgo



5. Gestión del Riesgo: En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligativo de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los

usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Principales riesgos:

- **Gestión de riesgos Clínicos:** identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.
- **Gestión de riesgos Administrativos:** Prevención y control de recursos.
- **Gestión de riesgos del Ambiente Físico:** Identificación y respuesta a necesidades del ambiente físico.
- **Gestión del riesgo del Talento Humano:** Procesos de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.
- **Gestión de Riesgos Tecnológicos:** Identificación prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, equipos biomédicos, etc).
- **Gestión de Riesgos Financieros:** Identificación y prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los Estados Financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, costos, etc.

Cultura Organizacional



6. Cultura Organizacional

Se refiere a la “manera de vivir juntos” entendiendo que en las organizaciones se generan múltiples relaciones de poder y reglas no escritas, donde se presentan comportamientos que se configuran a partir de intereses, relaciones, actitudes y modos de ser, a partir de comportamientos individuales y colectivos.

La cultura de una organización es visible en el ambiente físico, mobiliario, confort, equipos, vestuario, patrón de comportamiento, documentos, etc. Igualmente se puede evidenciar en el nivel de los valores que rigen a la organización y en el comportamiento de sus miembros.

Cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de la Institución y del personal que labora, aportando al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

Con base en la experiencia obtenida hasta la fecha en el camino hacia la Acreditación, el alcance de los seis (6) Ejes anteriores, y el contexto regional (político, económico, social, normativo y otros) de nuestra E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se

propone para el cumplimiento de las metas del presente Plan de Gestión, trabajar en los siguientes Factores Críticos de Éxito que se han identificado en la Plataforma Estratégica Institucional para el desarrollo de los Objetivos Estratégicos.



La Acreditación es un proceso que lleva a la excelencia y es eso justamente lo que hacemos mediante el fortalecimiento los seis (6) Ejes Trazadores de la Acreditación, la Plataforma Estratégica Institucional y el desarrollo de los cinco (5) Objetivos Estratégicos, los cuales contribuyen al cumplimiento de las metas proyectadas para el período de gerencia 2020-2024, que serán monitoreadas y evaluadas a través de la Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional y las matrices normativas expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social que se anexan al presente documento.

Teniendo en cuenta la normatividad vigente, se cuenta con las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, que definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. El presente documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el período objeto de evaluación, con el fin de cuantificar anualmente, los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de las siguientes áreas:

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

Para el cumplimiento de cada una de los compromisos, metas y actividades de las áreas de gestión citadas anteriormente, el avance de cada uno de los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación y los cinco (5) Factores Críticos de Éxito, se tiene establecido el desarrollo de los siguientes Objetivos Estratégicos.

- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

1. Desarrollar el modelo de atención integral y humanizado en respuesta a las necesidades de la población usuaria enmarcados en la Red Departamental.

Estrategias:

- 1.1. Ampliando el portafolio de los servicios de salud complementarios teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la región.
- 1.2. Generando el acceso y la oportunidad requeridos para la atención.
- 1.3. Controlando y mitigando los riesgos asociados a la atención en salud, mediante la gestión clínica EXCELENTE Y SEGURA.
- 1.4. Promoviendo el trato humanizado al usuario y su familia.
- 1.5. Optimizando racional y eficientemente la capacidad instalada y los recursos disponibles.
- 1.6. Desarrollando un modelo de docencia servicio, basado en competencias que contribuya en la formación del talento humano con alto sentido ético y vocación de servicio.

2. Consolidar las competencias del Talento Humano, fortaleciendo el crecimiento personal y laboral en un clima de mutua confianza, que conlleve al desarrollo integral de las personas y al cumplimiento de los propósitos organizacionales.

Estrategias:

- 2.1. Estructurando, implementando y evaluando el sistema de competencias generales y específicas de acuerdo a las actividades a desarrollar por el colaborador.
- 2.2. Consolidando el desarrollo de los Semilleros de Talento Humano, a través de la selección por competencias.

2.3. Estableciendo sistemas de escucha al cliente interno que permitan identificar necesidades y expectativas, generando respuestas oportunas y efectivas.

2.4. Fortaleciendo los procesos de desarrollo del Talento Humano, alineados a las competencias requeridas.

2.5. Implementando incentivos de motivación para el desarrollo de las personas.

2.6. Creando gestores del cambio.

2.7. Desarrollando un programa de transformación de la cultura organizacional.

2.8. Evaluando el clima organizacional.

3. Disponer y mantener la infraestructura tecnológica, física, de información y comunicaciones actualizada, eficiente y segura a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado.

Estrategias:

3.1. Ampliando y manteniendo la infraestructura física acorde a los estándares requeridos en la prestación de los servicios de salud, garantizando ambientes seguros.

3.2. Adquiriendo y manteniendo la tecnología biomédica necesaria y costo-efectiva de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

3.3. Estandarizando el plan de medios y comunicaciones que permita el cumplimiento de las metas organizacionales, generando información oportuna y confiable que permita la toma de decisiones asertivas.

3.4. Estructurando e implementado un plan de entrenamiento en el uso de la tecnología.

3.5. Implementado un plan anual de adquisiciones de tecnología biomédica y no biomédica, teniendo en cuenta los recursos y las necesidades de los procesos.

3.6. Fortalecer el sistema de gestión de la información con integralidad, seguridad y costo efectividad, que permita la toma de decisiones asertivas.

Uno de los componentes claves en el desarrollo de las estrategias anteriores y que aporta un valor trascendental en los demás objetivos estratégicos es la gestión en los proyectos

de infraestructura y los proyectos de dotación de equipos biomédicos y mobiliario; para el período proyectado 2020 a 2024 la Gerencia ha priorizado los siguientes proyectos:

No.	Proyectos de Inversión: Infraestructura y Dotación de Equipos Biomédicos y Mobiliario	PRESUPUESTO APROXIMADO (Millones de Pesos)	OBSERVACIONES
1.	Construcción de La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$2.600	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
2.	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$2.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
3.	Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$8.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
4.	Gestión del proyecto para la dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$3.500	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
5.	Diseño y Construcción de la Nueva Subestación Eléctrica Fase 1 en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$6.000	Proyecto que será cofinanciado con recursos del Presupuesto General de la Nación, Departamento del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
TOTAL PROYECTOS		\$23.100	

Nota: Los valores de los proyectos anteriores son estimados, los cuales serán ajustados de acuerdo a los estudios técnicos y precios del mercado.

4. Mantener la sostenibilidad financiera de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, a través de una gestión eficiente de los recursos que permita la prestación de servicios en condiciones de calidad y competitividad.

Estrategias:

- 4.1. Incrementando el recaudo, que permita la generación de excedentes y la reinversión.
- 4.2. Racionalizando los gastos en la prestación de los servicios y optimizando los recursos.
- 4.3. Haciendo seguimiento a la gestión de costos.
- 4.4. Manteniendo la calificación sin riesgo financiero.
- 4.5. Conservando el resultado del equilibrio presupuestal con base en el recaudo.

5. Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados, generando impactos sociales y costo ambientales en la zona de influencia.

Estrategias:

- 5.1. Controlando los impactos ambientales negativos y fortaleciendo la prevención de la contaminación mediante el uso eficiente de los recursos naturales.
- 5.2. Generando valores agregados en la atención de grupos poblacionales vulnerables.
- 5.3. Manteniendo los espacios de participación y diálogo permanente con la ciudadanía.
- 5.4. Generando adherencia a las estrategias del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, orientado a la protección social de los colaboradores.

C. Metas Anuales:

Sumado a las metas y estrategias descritas anteriormente (Ejes de Acreditación, Objetivos Estratégicos y Proyectos) que hacen parte de cada una de las áreas de gestión (Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Clínica o Asistencial), nos permiten llegar al último paso de la fase de formulación, el cual consiste en la medición de los indicadores de cumplimiento normativo, para ello se establecieron las siguientes metas anuales, basados en los indicadores y su respectivo estándar establecidos en la Resolución 408 de 2018. A continuación, se presenta las metas anuales teniendo en cuenta la metodología establecida en las Resoluciones marco del presente plan, con las siguientes variables:

- 1. Área de Gestión.
- 2. No. Del Indicador.
- 3. Indicador (descripción y fórmula).
- 4. Meta anual (Estándar para cada año).
- 5. La respectiva fuente de información.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información				
a	b	c	d	e	f	g				
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador nominal	1. Mantener la acreditación. 2. Autoevaluación en la vigencia evaluada $\geq 3,5$	1. Certificación de acreditación. 2. Documento de autoevaluación.				
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1. $\geq 1,20$.	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.				
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	Indicador nominal	2. Postulación para la Acreditación, formalizada con contrato. 3. Acreditación en la vigencia evaluada.	2. Contrato de postulación. 3. Certificación de Acreditación.				
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	Superintendencia Nacional de Salud.				
							Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	Informe de responsable de planeación de la E.S.E. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe debe contener: El listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión
Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018
METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024
INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E. categorizadas con Riesgo medio o alto.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación /Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	6	Nivel I, II Y III	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.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de E.S.E., (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor Total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,7	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la E.S.E. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
	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.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) ó variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Número de Informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de Instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de Planeación de la E.S.E. ó quién haga sus veces, soportado en las Actas de Sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS Utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en la que se presentó el informe.
	9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores).	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	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.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Superintendencia Nacional de Salud.
	11	Nivel I, II Y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Ministerio de Salud y Protección Social.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III Trimestre o trastornos hipertensivos en la Gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la E.S.E. con Diagnóstico de Hemorragia de III Trimestre o Trastornos hipertensivos en la Gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	13	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas Auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la Primera Causa de Egreso Hospitalario o de Morbilidad atendida en la Vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	14	Nivel II Y III	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
	15	Nivel II Y III	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 objeto de evaluación - Número de Pacientes Pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Cero (0) ó variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión
Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018
METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024
INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de Egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la Vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas revisada en el Comité Respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes Intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor a 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2).

(1). 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.

(2). Sistema de Información de Hospitales - SIHO. Información reportada por las IPS públicas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2014, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 de Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

(3). Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente, asignado por el Representante Legal. Resolución 2003 de 2014 Estándar Procesos Prioritarios para todos los Servicios o la norma que la sustituya.

(4). En todo caso se deberá garantizar la confidencialidad de la información contenida en la historia clínica de acuerdo con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999.

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 1º de abril de cada año; evidenciando los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y con base en los siguientes anexos reglamentados en las Resoluciones citadas, así:

- **Resolución No. 743 de 2013:** Artículo 2 en lo relacionado con la distribución proporcional de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones cuando uno de los indicadores no sea aplicable a La E.S.E.

- **Resolución No. 408 de 2018:**

- Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión.

- Anexo 3. Instructivo para la Calificación.

- Anexo 4. Matriz de Calificación.

- **Resolución No. 710 de 2012**

- Anexo 5. Escala de Resultados.

Anexo 3. Instructivo para Calificación
Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Periodo Evaluado			
				H			
A	B	C	D	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Si la E.S.E. perdió la acreditación en la vigencia evaluada.	Si la E.S.E. no tuvo seguimiento por la entidad acreditadora, pero se autoevaluó y obtuvo menos de 2,9.	Si la E.S.E. no tuvo seguimiento por la entidad acreditadora, pero se autoevaluó y obtuvo entre 3,0 y 3,49.	Si la E.S.E. tuvo seguimiento por la entidad acreditadora y mantuvo la acreditación.
				No tuvo seguimiento por la entidad acreditadora y no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares en acreditación que le aplican.			No tuvo seguimiento por la entidad acreditadora pero se autoevaluó y obtuvo 3,5 o más.
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (Indicador menor de 1,0).	El resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10.	El resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19.	El resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2.
				La E.S.E. No realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican.			La E.S.E. obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada.
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	La E.S.E. No realizó autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares de acreditación que le aplican.		La E.S.E. en la vigencia evaluada realizó autoevaluación completa de los estándares que le aplican.	La E.S.E. obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada.
							La E.S.E. fue postulada a la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalizó con la firma del contrato entre la E.S.E. y la entidad acreditadora en la vigencia evaluada.
	2	Nivel I, II Y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50, ó	Si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70.	Si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89.	Si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90.
				Si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento Continuo.			
	3	Nivel I, II Y III	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Si el resultado arrojó un valor menor o igual a 0,50 ó	Si el resultado arrojó un valor entre 0,51 y 0,70.	Si el resultado arrojó un valor entre 0,71 y 0,89.	Si el resultado arrojó un valor mayor o igual a 0,90.
				Si la E.S.E. no cuenta con Plan Operativo Anual.			

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y no fue adoptado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.				Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos previstos en la normatividad vigente.
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si el indicador arroja un valor mayor que 1,10.	Si el indicador arroja un valor entre 1,0 Y 1,10.	Si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99.	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: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si el indicador arroja un valor menor de 0,30.	Si el indicador arroja un valor entre 0,30 y 0,50.	Si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69.	Si el indicador 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):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es positiva.	Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual arroja valor Cero (0).	Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda y la variación interanual es negativa.	Si en la vigencia evaluada la E.S.E. registra deuda Cero (0).		

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado				
A	B	C	D	H				
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
	Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS o no presentó.				Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad dos (2) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.			
	Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad tres (3) informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.				Si en la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad cuatro (4) o más informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS.			
9	Nivel I, II Y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
Si el indicador arroja un valor menor de 0,80				Si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90.				
				Si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99.				
				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):	Califique con cinco (5):			
Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.				Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. 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 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.		Califique con cero (0):	Califique con cinco (5):			
Si de la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.				Si de la vigencia evaluada el Gerente de la E.S.E. SI presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.				

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con cinco (5): Si en 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.	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	Califique con cinco (5): Si en 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 en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Califique con cinco (5): Si en 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 en la vigencia evaluada la E.S.E. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es positiva.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. 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 en la vigencia evaluada la E.S.E. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es negativa.	Califique con cinco (5): Si en la vigencia evaluada la E.S.E. NO registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos.

Anexo 3. Instructivo para Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del Resultado o Variación Observada en el Periodo Evaluado			
A	B	C	D	H			
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II Y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Si en 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):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90.	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días.		
19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días.		
20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
		Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días.	Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días.		

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.					
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.					
	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	

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II Y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo Fiscal y Financiero				0,05	
	5	Nivel I, II Y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)				0,05	
	6	Nivel I, II Y III	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.				0,05	
	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 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.				0,05	

Anexo 4. Matriz de Calificación

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Período Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k * l
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II Y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III Trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.				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.				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 de Miocardio (IAM)				0,05	
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria				0,05	
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría				0,03	
	19	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia				0,03	
	20	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna				0,02	

Resolución No. 710 de 30 de marzo de 2012

ANEXO No. 5

ESCALA DE RESULTADOS

Rango 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 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o Superior al 70%

El anterior Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana**” 2020-2024, ha sido presentado siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; sumado al análisis de las necesidades sentidas en materia de servicios de salud por la Población Surcolombiana y la proyección de servicios de la alta dirección, con el fin de impactarlas positivamente y poder lograr un buen desarrollo institucional tanto para el cliente interno como para el cliente externo. Durante su diseño y articulación la base fundamental fueron los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, los cinco (5) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica Institucional y los cinco (5) Objetivos Estratégicos. La Gerencia, seguirá fortaleciendo el capital humano, y las estrategias que tuvieron éxito en el período anterior para avanzar en las nuevas metas descritas anteriormente, con la finalidad de seguir brindando servicios de salud con altos estándares de calidad, optimizando los recursos públicos, siendo eficientes, y viables financieramente para que nuestro hospital continúe posicionándose entre los mejores del País.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente