

PROYECTO PLAN DE GESTIÓN

“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”

2020 - 2024



E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

Pitalito, 29 de Mayo de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

CONTENIDO

1. Justificación
2. Aspectos Normativos
3. Componentes del Plan de Gestión
4. Fases del Plan de Gestión
5. Anexos: Diagnóstico Inicial, Metas Anuales, Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión, Instructivo para la Calificación, Matriz de Calificación y Escala de Resultados.

1. JUSTIFICACIÓN

- Contribuir al cumplimiento del Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 **“HUILA CRECE”** y a las Políticas Nacionales en salud, basadas en la Oportunidad, Accesibilidad, Calidad, Eficiencia y Sostenibilidad en la prestación de los servicios de salud.
- Cursar la Fase de Aprobación por parte de los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, en los términos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.
- El Proyecto Plan de Gestión, se realizó teniendo en cuenta los requisitos metodológicos descritos en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, y 408 de 2018 expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social.
- Las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas con los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, los cinco (5) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica Institucional y los nuevos retos sociales.

2. ASPECTOS NORMATIVOS



Artículo No. 73 – Ley 1438 de 2011

ARTÍCULO 73º. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1. El director o gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la junta directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2. La junta directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4. En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado.

2. ASPECTOS NORMATIVOS



**Resolución 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 por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.
- Art. 1 – Adopta condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión Gerencial.
- Art. 2. Anexo 2. Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del Plan de Gestión.
- Art. 2. Anexo 5. Escala de Resultados.
- Art. 4. Responsables: Miembros de la Junta Directiva y los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

2. ASPECTOS NORMATIVOS



**Resolución 743
de 15 de marzo
de 2013**

- Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, y se dictan otras disposiciones.
- Art. 2 – ... “Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador definida en el Anexo No. 3, **se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones** de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la E.S.E.” ...

2. ASPECTOS NORMATIVOS



**Resolución 408
de 28 de febrero
de 2018**

- Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- Art. 1 – Sustituye los siguientes anexos:
 - Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión.
 - Anexo 3. Instructivo para Calificación.
 - Anexo 4. Matriz de Calificación.

3. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN



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.

Dirección y Gerencia (20% Indicadores del 1 al 3)

- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)

Financiera y Administrativa (40% Indicadores del 4 al 11)

- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)

Gestión Clínica o Asistencial (40% Indicadores del 12 al 20)

- Metas (Estrategias y Actividades)
- Indicadores (Evaluación Anual)

4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN



4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN



- 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 Proyecto de Plan de Gestión.

4. FASES DEL 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 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 Presupuestal Recaudo Equilibrio con	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 anuales de vigencias anteriores.

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.

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.

4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

- **2. Fase de Formulación:**

(Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

B. Escenario Proyectado: (Ver Pág. 11 a 24)

6 EJES TRAZADORES DEL SUA + 5 FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO + PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL y 5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

- Se diseñó 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.

6 EJES TRAZADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (SUA)



FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO





VISIÓN

En el año 2022 La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, será modelo y referente a nivel nacional por la prestación de servicios de salud complementarios, diferenciados por la calidad y humanización en la atención, acreditándose como Hospital Universitario.



MISIÓN

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, presta servicios de salud humanizados y confiables, soportados en la gestión del conocimiento de su talento humano y la mejor tecnología, asegurando su sostenibilidad y permanencia en el tiempo, orientados en la transformación organizacional y el mejoramiento en la calidad de vida de la población a la que sirve.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES



Valores del Código de Integridad



HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.



RESPECTO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.



COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Valor de la Semana

DILIGENCIA



Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos de Estado.

Te atendemos con el Corazón



JUSTICIA

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad, y sin discriminación.

Valor de la Semana

Trabajo en Equipo



Realizo una tarea en particular entre un grupo de dos o más personas, manteniendo un buen nivel de coordinación y armonía entre los integrantes, en búsqueda de los objetivos de la Entidad.

Te atendemos con el Corazón



36 Políticas



1	POLÍTICA: SEGURIDAD DEL PACIENTE
2	POLÍTICA: HUMANIZACIÓN
3	POLÍTICAS QUE ORIENTAN LA GESTIÓN CON SUS CLIENTES EXTERNOS
4	POLÍTICAS EN LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO
5	POLÍTICAS EN LOS PROCESOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
6	POLÍTICAS DE SALUD OCUPACIONAL
7	POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - SGSI
8	POLÍTICA CERO PAPEL
9	POLÍTICA DE RESPALDO DE INFORMACIÓN
10	POLÍTICAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
11	POLÍTICAS DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
12	POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
13	POLÍTICA DE ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
14	POLÍTICA DE IAMII
15	POLÍTICAS DE SEGURIDAD VIAL
16	POLÍTICAS DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS
17	POLÍTICAS PARA EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT - EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
18	POLÍTICA DOCENCIA SERVICIO

36 Políticas



19	POLÍTICA DE PANTALLAS Y ESCRITORIOS LIMPIOS
20	POLÍTICA TRAE TU PROPIO DISPOSITIVO (BYOD)
21	POLÍTICA DESARROLLO SEGURO DE SOFTWARE
22	POLÍTICA CLAVES DE ACCESO USUARIOS
23	POLÍTICA DE DISPOSITIVOS MOVILES Y TELETRABAJO
24	POLÍTICA DE USO PLATAFORMA E-LEARNING
25	POLÍTICA DE USO APP INDIGO VIE
26	POLÍTICA DE USO Y PERMISOS DE NAVEGACIÓN
27	POLÍTICA AMBIENTAL
28	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
29	POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA
30	POLÍTICA DE CALIDAD
31	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
32	POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL
33	POLÍTICA GESTIÓN DOCUMENTAL
34	POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
35	POLÍTICA DE PRESTACION DE SERVICIOS
36	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

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.

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.

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.

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.

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.

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.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



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.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



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.

Proyectos Priorizados 2020-2024



Infraestructura y Dotación de Equipos Biomédicos

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.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



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.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



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.



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito



Miembro de la

Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.net

Salud sin Daño



Opita de
Corazón

Te atendemos
con el Corazón

Camino a la Acreditación



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"
PITALITO - HUILA

CALLE 3ª SUR N° 1B-45

TELS: 36 25 00 - 36 25 04

NIT: 8-91180134-2



La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se Compromete a desarrollar los siguientes objetivos de la Agenda Global

OBJETIVO # 1: LIDERAZGO

Priorizar la salud ambiental



OBJETIVO # 5: AGUA

Reducir el consumo de agua de los hospitales y suministrar agua potable



OBJETIVO # 3: RESIDUOS

Reducir, tratar y disponer de manera segura los residuos de establecimientos de salud



OBJETIVO # 10: COMPRAS

Comprar productos y materiales más seguros y sustentables



OBJETIVO # 4: ENERGÍA

Implementar la eficiencia energética y la generación de energías limpias renovables



Te atendemos
con el **Corazón**

Camino a la Acreditación

4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

- **2. Fase de Formulación:**

(Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

- **C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)**

- El establecimiento de las siguientes metas anuales se realizó partiendo de los indicadores y su respectivo estándar establecido en la Resolución 408 de 15 de Febrero de 2018.

C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)

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. $\geq 1,20$. 2. Postulación para la Acreditación, formalizada con contrato.	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior. 2. Contrato de postulación.				
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	Indicador nominal	3. Acreditación en la vigencia evaluada.	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.

C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)

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.	$\geq 0,7$	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

C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)

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.

C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)

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.

C. Metas Anuales: (Ver Pág. 19 a 24)

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.

4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

- **3. 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. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN



4. Fase de Ejecución (pág. 25):

- 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.

4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN



5. Fase de Evaluación (pág. 25 a 34):

- 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 las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018.
- **Anexo No. 3.** Instructivo para Calificación.
- **Anexo No. 4.** Matriz de Calificación.
- **Anexo No. 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 Período Evaluado			
A	B	C	D	H			
				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. 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.
			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				
				Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):	
Financiera y Administrativa 40%	8	Nivel I, II Y III	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	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	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.	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.	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):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	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):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55.	Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79.	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):	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.		
15	Nivel II Y III	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual	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. registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es positiva.	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).	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.	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 Período 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): 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.
	17	Nivel II Y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	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.
	18	Nivel II Y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Califique con cero (0): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días.	Califique con cinco (5): 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): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días.	Califique con cinco (5): 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): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días.	Califique con uno (1): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días.	Califique con tres (3): Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días.	Califique con cinco (5): 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%

¡Gracias por su Atención!

