

PLAN DE GESTIÓN

2024- 2028



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

NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 14 de mayo de 2024

**DIANA MARCELA CONDE MARTÍN
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	20
3. Fase de Aprobación	26
4. Fase de Ejecución	26
5. Fase de Evaluación	26

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de contribuir al cumplimiento del Plan de Gobierno para el desarrollo del Departamento del Huila y además para dar cumplimiento a las Políticas Nacionales en salud basadas en la Oportunidad, Accesibilidad, Calidad y Eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se presenta el Plan de Gestión para La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para el período comprendido del 01 de abril de 2024 al 31 de marzo de 2028, 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 siete (7) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica de la entidad, y los 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 siete (7) Factores Críticos de Éxito, la Plataforma Estratégica de la entidad, los 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 2023 y la rendición de cuentas para la vigencia 2023, permitiendo analizar cada uno de los indicadores que se muestran a continuación con corte a 31 de diciembre de 2023:

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 2023

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2023)		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	3,42/3,40	1,01	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 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilidadación de Servicios de Salud. 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: 1,82 (2017), 2,30 (2018), 2,77 (2019), 3,07 (2020), 3,29 (2021), 3,40 (2022), 3,42 (2023); obteniendo una variación interanual a Diciembre de 2023 de 1,01.
	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.	22/23	0,96	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: Habilidadación, 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 2023 se ejecutaron 22 acciones de mejoramiento de las 23 programadas, logrando un cumplimiento del 96%.
	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	21,5/22	0,977	En el Plan de Gestión para la vigencia 2020-2024 aprobado por la Junta Directiva, existían 22 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. Para el 2023 se dio el cumplimiento de 21,5 metas de las 22 proyectadas, logrando un alcance del 97,7%; evidenciando 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.

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 2023

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2023)		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. Para las vigencias 2020, 2021, y 2022 por motivos de la Pandemia COVID-19 no se realizó dicha categorización, aunque en la autoevaluación de la institución arrojó el resultado SIN RIESGO. Para la vigencia 2023 a través de la Resolución No. 851 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, quedó categorizada SIN RIESGO.
	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)]	\$14.106,76 / \$13.315,57	1,06	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 (2023) se obtuvo 1,06 significando que para la generación de una Unidad Producida se comprometió un mayor valor en el gasto en la vigencia 2023 comparada con la vigencia 2022; por consiguiente el resultado de la variación para éstas vigencias mencionadas fue de 1,06.
	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 / \$18.395 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 I, en cumplimiento del Manual de Contratación vigente. Con base en lo anterior y la certificación de La Revisoría Fiscal de la institución, el resultado del indicador es cero (0).
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	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 2023, el indicador dio como resultado cero (0), por no tener deuda superior a 30 días por los conceptos del presente indicador, certificado por La Revisoría Fiscal de La E.S.E.; en el informe de evaluación de 2023, 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 2023

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2023)		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 Informes de RIPS en la vigencia	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: Estadística de la producción de los principales servicios, pacientes atendidos, valores facturados por régimen, centros de costos, datos detallados del servicio de urgencias, las estadísticas vitales, indicadores de eficiencia técnica por especialidad, la satisfacción del usuario, el perfil epidemiológico, análisis de los reportes de salud pública, entre otros. Éste tipo de informes han sido fundamentales para la apertura de nuevos servicios, los proyectos de infraestructura y dotación, entre otros análisis para el proceso del direccionamiento institucional.
	9	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).	\$124.587,91 millones / \$126.266,34 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 2023. Este es uno de los indicadores más difíciles de cumplir en el área financiera teniendo en cuenta las dificultades que afronta el sector salud, en especial por la disminución en los recaudos por concepto de las cuentas por cobrar (cartera). En las vigencias que se ha logrado dicho indicador, fueron en: 2017, 2018, 2020, 2021 y 2022.
	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 2023.
	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 2023.

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 2023

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2023)		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.	239 / 249	0,96	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 seguimiento en los POAS y registros en ALMERA, arrojaron como resultado en la vigencia 2023 un cumplimiento del 96%.
	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.	739 / 753	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 2023 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.	600 / 623	0,96	El Hospital viene cumpliendo con el 96% del presente indicador para el 2023, 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 IAMII, 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 2023

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del Indicador	Línea de Base (A 31 Diciembre de 2023)		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.	137 / 137	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 atención con calidad.
	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.	185 / 185	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 atención segura.
	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	3,791	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: ALMERA). 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	2,197	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: ALMERA). 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	9,261	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: ALMERA). 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; partiendo de los logros obtenidos en períodos anteriores y con base en la experiencia obtenida hasta la fecha en el proceso de mejora continua en cada uno de los procesos, el fortalecimiento de los equipos de trabajo, el análisis del contexto regional y nacional (político, económico, social, normativo y otros); en especial para ésta fecha que se están construyendo los Planes de Desarrollo a nivel Departamental “**Por Un Huila Grande**” (2024-2027), y del Municipio de Pitalito “**El Gobierno de la Gente**” (2024-2027), los cuales estarán articulados con el Plan de Desarrollo Nacional “**Colombia Potencial Mundial de la Vida**” (2022-2026). Por consiguiente, la actual administración contando con el acompañamiento del máximo órgano directivo de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se propone para el cumplimiento de las metas del presente Plan de Gestión, trabajar en la actualización de Plataforma Estratégica Institucional existente y en especial en la respuesta efectiva y técnica de los siguientes Factores Críticos de Éxito, a través de la reformulación de los Objetivos Estratégicos e indicadores y metas, entre otros, que quedarán plasmados en el Plan de Desarrollo Institucional.



Factores Críticos de Éxito –F.C.E.-



1. Talento Humano Competente y Comprometido

Nuestro talento humano es la base y fundamento de la Misión Institucional, y es vital para el desarrollo de todos los procesos de la organización. El trabajo en equipo en todos los niveles, hace posible el derecho a la salud, siendo garantía del acceso y la calidad de los servicios que ofertamos. La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, es una de las empresas más grandes del Surcolombiano, con corte a 31 de marzo de 2024, se contaba con 986 Colaboradores de los cuales el 66,8% (658 personas) son Asistenciales y 33,2% (328 personas) son Administrativos, del gran total solo 92 personas pertenecen a la Planta de la institución y el resto está vinculado por las diferentes modalidades contractuales bajo la normatividad vigente (contratistas directos, agremiaciones, empresas contratistas, outsourcing y estudiantes en prácticas).

Para el logro de los objetivos de la organización es necesario contar con un talento humano competente y comprometido, que esté motivado y tenga un alto sentido de pertenencia por nuestra E.S.E., por consiguiente, se trazarán estrategias que impacten positivamente las metas a alcanzar en materia de bienestar social, capacitación, estímulos, incentivos, formación continua, entre otros; a través de la lectura del entorno y las necesidades de todos los Colaboradores, dando oportuna respuesta a las mismas. Al contar con unos Colaboradores Competentes y Comprometidos, avanzaremos positivamente en las mejoras del Clima Organizacional y Cambio Cultural, para el cumplimiento óptimo de los objetivos estratégicos.



2. Capacidad Instalada

A medida que la población aumenta de manera significativa, como lo es para el caso de la Región Surcolombiana, en forma proporcional aumenta la demanda de los servicios de salud, los cuales en su gran mayoría da respuesta La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Por ejemplo, para el 2021 se atendieron en nuestra institución 256.407 pacientes y para el 2023 se atendieron 306.123, un incremento significativo del 19,38% (equivale a una variación de 49.716 pacientes). Y al analizar el comparativo del período 2016 a 2019 (antes de la pandemia COVID-19), la variación fue similar, cercana al 21,09%. Por consiguiente, de cara al análisis anterior, es necesario fortalecer la capacidad instalada de la institución, para dar respuesta a las necesidades de nuestra población Surcolombiana, y en especial al perfil epidemiológico que se viene atendiendo y aquellos que desafortunadamente son remitidos a servicios de mayor complejidad que a la fecha la institución no puede ofertar.

Con base en lo anterior, se trazarán estrategias que impacten positivamente las metas a alcanzar en materia de desarrollo de nuevos proyectos de infraestructura hospitalaria, para incrementar el portafolio de servicios, alineado con el Plan de Desarrollo Nacional y Plan de Desarrollo del Departamento del Huila, a través de una atención integral en salud para un Huila Grande, enmarcado en el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo para nuestra región Surcolombiana. De la mano de los proyectos de infraestructura hospitalaria, también se desarrollarán proyectos de dotación biomédica, sistemas de información y comunicación, y los relacionados con equipamiento fijo que se requieran, para lo cual se realizarán las respectivas gestiones de cofinanciación de los respectivos recursos, al igual que el trámite de viabilidades técnicas y administrativas, trabajando mancomunadamente con las instituciones del orden Municipal, Departamental y Nacional. De otra parte, el desarrollo hospitalario, se realizará teniendo en cuenta la revisión y ajustes necesarios al Plan Maestro de Ordenamiento Físico de Servicios E Infraestructura Hospitalaria para La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito – Versión 2.0 de 2024, y lo concertado con el máximo órgano directivo de la institución en materia de proyectos.



3. Prestación de Servicios

Como se comentó anteriormente, nuestro Portafolio de Servicios, da respuesta a gran parte de las necesidades de la población que requiere servicios de mediana y alta complejidad (Segundo Nivel de Atención – Servicios Complementarios), entre los cuales tenemos:

ESPECIALIDADES BÁSICAS

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna

MEDICINA ESPECIALIZADA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Urología
- Gastroenterología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Perinatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Cardiología
- Cardiología Pediátrica

SERVICIO DE URGENCIAS

- Urgencias de baja y mediana complejidad

UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA

- Controles prenatales
- Consulta Especializada
- Perinatología
- Sala de partos
- Cirugía
- Vacunación

ESTRATEGIA IAMII

- Alojamiento Conjunto
- Sala de Lactancia

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Servicio Farmacéutico
- Psicología
- Trabajo Social

RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Tomografía axial computarizada - TAC
- Resonancia Magnética Nuclear - RMN
- Ecografía básica y tridimensional
- Rayos X

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Cuenta con las especialidades de:

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Urología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Ortopedia

INTERNACIÓN

- Hospitalización general
- Habitaciones Unipersonales y Bipersonales
- Habitaciones Hospitalarias Tipo Suite
- Unidad de Cuidado Intermedio Adultos
- Unidad de Cuidado Intensivo Adultos

TRANSPORTE ASISTENCIAL

- Servicio en Ambulancia Básica y Medicalizada

HOSPITAL UNIVERSITARIO EN PRIMERA FASE

Teniendo en cuenta lo anterior, se proyecta ampliar el portafolio de servicios de salud de la institución, realizando de manera previa los respectivos estudios, análisis estadístico y de las morbilidades remitidas, revisión de las proyecciones de facturación, costos y gastos, margen operacional, entre otros; con la finalidad de generar un impacto social positivo y un mayor fortalecimiento en las finanzas de la institución. Por ahora, se tiene claridad que las remisiones a otras IPS de mayor complejidad, se han realizado, por ejemplo, para el 2023 (3.125 remisiones) a las siguientes especialidades: Cardiología Hemodinamia (11%), UCI Neonatal (9%), Casos especiales de Ginecoobstetricia (7%), Cardiología (5%), Psiquiatría (5%), Cirugía Vasculat (5%), Cirugía Maxilofacial (5%), Nefrología (4%), Cirugía Pediátrica (4%), UCI Pediátrica (3%), otras especialidades (42%).

Finalmente, la apertura de nuevos servicios de salud en la institución, se realizará en forma coherente como se detalló en el punto anterior (F.C.E. 2. Capacidad Instalada), con observancia de los proyectos registrados en El Plan Bienal de Inversiones en Salud, en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes – PTRRMR, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), o en su defecto el nuevo documento de Red que se actualice para El Departamento del Huila; así mismo, se tendrá en cuenta para el desarrollo de éste punto, los cambios normativos en la materia por parte de las entidades competentes y las directrices que se impartan a nivel Nacional y Departamental para el sector salud.



4. Estándares Superiores de Calidad

La institución hace varios años viene trabajando en mejorar sus procesos en todos los niveles, no solo por el cumplimiento normativo, sino también, por establecer mejores estándares de calidad para mejorar la experiencia del paciente y su familia, al igual que, para los Colaboradores, todos los grupos de interés y comunidad en general. La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se ha caracterizado por cumplir oportunamente estándares normativos y acogerse voluntariamente al ciclo de preparación para obtener la Acreditación en salud. Para éste nuevo período de administración, se aunará esfuerzos para seguir en la ruta del logro de estándares superiores de calidad, para ello se realizará un diagnóstico de la evaluación a conciencia de los grupos de estándares del proceso de Acreditación, como son:

- Proceso de Atención al Cliente Asistencial.
- Direccionamiento.

- Gerencia.
- Gerencia del Talento Humano.
- Gerencia del Ambiente Físico.
- Gestión de la Tecnología.
- Gerencia de la Información.
- Mejoramiento de la Calidad.

Una vez realizado dicho diagnóstico, se priorizarán aquellos estándares donde se deban fortalecer las respectivas estrategias y actividades, a través de la definición de un Plan de Acción de Oportunidades de Mejora. Así mismo, se priorizarán las falencias que se identifiquen para el cumplimiento de los estándares de Habilitación. De otra parte, viendo la Calidad como un todo integral, es necesario, la observancia de los resultados de las auditorías de los procesos de Calidad, Gestión del Riesgo, Control Interno, Revisoría Fiscal, entre otros, para optimizar los esfuerzos, para el cumplimiento de ésta importante meta; apoyados también en los sistemas de gestión integral, como los orientados por El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- (MIPG-MECI), Ministerio de Salud y Protección Social (SOGCS), Superintendencia Nacional de Salud (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT / FPADM, Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF), entre otros.



5. Competitividad y Sostenibilidad Financiera

El sistema de salud colombiano ha afrontado por muchos años diferentes tipos de crisis y dos (2) reformas importantes (en el 2007 con la Ley 1122 y en el 2011 con la Ley 1438), desde hace dos (2) años, se viene debatiendo como es bien sabido por los Colombianos, el proceso de transformación que debe sufrir nuestro actual sistema de salud; donde uno de los principales hechos es que de las 190 EPS que se crearon en los años 90, hoy existen 26 activas, de las cuales se cree que solo 5 cumplen con los requisitos establecidos por el gobierno nacional para desempeñar esta labor. La intervención y liquidación de muchas EPS ha impactado en forma negativa en las finanzas de un gran número de Hospitales, Clínicas y diversas entidades prestadoras de servicios de salud; perjudicando en gran manera a los usuarios, porque se pierde la eficacia del sistema en términos de oportunidad, calidad, continuidad, suficiencia, seguridad, etc., vulnerando su derecho a la salud. Ante el no pago de las deudas con las EPS, las IPS no pueden mantener el flujo de caja, no se puede cancelar oportunamente acreencias laborales y de proveedores, se genera incertidumbre para poder emprender procesos de renovación tecnológica, apertura de nuevos servicios de salud, proyectos de ampliación o

modernización de infraestructura, y se reducen los procesos de actualización, capacitación y reentrenamiento del personal de salud. Al final de cuentas, muchos hospitales han afrontado cierre temporales y definitivos de sus servicios, perjudicando en gran manera a la ciudadanía.

Bajo ese escenario, y mientras se surte el proceso de transformación del actual sistema de salud, con la esperanza que el gobierno nacional pueda implementar herramientas eficaces y eficientes para el giro oportuno de los recursos a las IPS, por concepto de venta de servicios de salud; se hace necesario diseñar, desplegar e implementar para La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, un Plan de Competitividad y Sostenibilidad Financiera, para poder cumplir con la misión, visión, plataforma estratégica, el Plan de Gestión, y Plan de Desarrollo Institucional, para el beneficio, y mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población Surcolombiana.

El diseño del Plan de Competitividad y Sostenibilidad Financiera, deberá ser flexible y ajustado en forma permanente, en observancia a los cambios que genere el proceso de transformación del sistema de salud colombiano, el período de transición, los cambios normativos, la formulación y seguimiento a indicadores financieros, con el fin de que nuestra institución sea sostenible en materia económica, financiera y social.



6. Gestión de la Tecnología y las TIC

A partir del constante crecimiento de la población Surcolombiana y de la creciente demanda de servicios en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viéndose ésta, en la necesidad de ampliar su portafolio de servicios, y para ello se ha apoyado en el incremento de la capacidad instalada tanto en infraestructura, como en lo relacionado con la tecnología biomédica, sistemas de información y comunicación.

Se ha contado con una evolución en la tecnología biomédica, al pasar de sistemas análogos a sistemas digitales, por ejemplo, casos de éxito en los servicios: Imagenología, Historia Clínica, Atención en Cirugía, Ginecoobstetricia, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, entre otros. De otra parte, la adquisición de éste tipo de tecnología se ha realizado con enfoque en la seguridad del paciente, con características de equipos competentes (marcas reconocidas, regulados por los entes pertinentes, garantía en su funcionamiento y costos moderados en su operatividad y mantenimiento, etc); así mismo, se ha fortalecido los programas de capacitación e implementación de éstas nuevas tecnologías, para garantizar su efectividad en los diagnósticos y tratamientos de las patologías de nuestros pacientes. Dentro de las estrategias a desarrollar para el nuevo período de administración de la institución, está la de dar continuidad a los procesos mencionados anteriormente, fortaleciendo la calidad y efectividad de los mismos. Otra de las estrategias, será la implementación de herramientas que nos permita realizar un diagnóstico efectivo del estado

de la tecnología, con el fin de tomar decisiones oportunas sobre: Procesos de mantenimiento, renovación tecnológica, ampliación de la capacidad instalada e innovación de nuevas tecnologías, que vaya en forma articulada con los proyectos registrados en el Plan Bienal de Inversiones en Salud y el incremento del portafolio de servicios de la institución.

- En lo relacionado con los Sistemas de Información y las TIC, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, ha venido evolucionando y mejorando en la materia al pasar desde un modelo On-Premise (Servidores Físicos), soportado en infraestructura tecnológica en sitio para los procesos asistenciales y administrativos, a un sistema Cloud con Índigo Vie Cloud Platform (plataforma en la nube) donde tenemos sin duda una mayor escalabilidad, flexibilidad, menores costos, altos niveles de seguridad de la información, almacenamiento elástico o escalable, mejorando soporte técnico especializado, recuperación de datos ante desastre (RPO y RTO), Interoperabilidad con otros sistemas de información que a futuro se necesiten integrar, todo lo anterior con el respaldo por el gigante de la tecnología Microsoft Corporation con plataformas como Microsoft Azure. Para continuar en ésta línea de la evolución, teniendo en cuenta las tendencias tecnológicas y de las comunicaciones, se hace necesario la revisión, análisis, diagnóstico y reformulación para el cuatrienio del PETIC (Plan estratégico tecnologías de la información y las comunicaciones), el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, con observancia de los cambios normativos que sean expedidos por El Ministerio de Salud y Protección Social, El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), y La Superintendencia Nacional de Salud; de forma tal, que permita dar respuesta oportuna a las necesidades de la organización, el cumplimiento de los reportes de información por parte de los entes de control, seguimiento y vigilancia, y a la vez, proyectar el desarrollo de diversos temas para estar a la vanguardia tecnológica, como:

- Mejorar la integración del sistema de información (asistencial y administrativo) de los servicios de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, que permita contar con mayores bondades en: En los datos, reportes, informes mejorados, soporte técnico oportuno, entre otros.

- La implementación de un moderno Digiturno (más robusto, respuesta oportuna, mejores características de usabilidad, etc).

- Migrar el sistema de información del servicio de imágenes diagnósticas a la plataforma Cloud (en la nube).

- Previo al análisis y diagnóstico en los sistemas de información de los servicios que se puedan incorporar, aplicaciones con IA (Inteligencia Artificial), mejorando la labor de los Profesionales de la Salud, en los diagnósticos, toma de decisiones y tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

- Implementación del Protocolo IPV6, conforme a los lineamientos de MinTIC, para afianzar las bases a nuevos procesos de innovación y transformación digital, y poder contar con la

red de internet (el anterior protocolo, IPV4, es ineficiente económicamente para las entidades públicas).

- Consolidación de las Comunicaciones Digitales: Fortalecer el área de comunicaciones internas y externas para la institución, dando respuesta a las necesidades en forma oportuna, estructurando un marketing digital, y solucionando necesidades de los usuarios, pacientes, sus familias, grupos de valor y comunidad en general (a través de la página web, redes sociales y otros canales). Este proyecto, apunta también mejorar los servicios digitales para nuestros usuarios, fortaleciendo los trámites en línea, siendo seguros, accesibles y con integridad.

- Fortalecimiento de la Gobernanza de Datos: Mejorar los procesos de análisis de los datos de la institución (asistenciales y administrativos), para los procesos de obtención, transformación, procesamiento y proyección de los mismos; de forma tal, que se retroalimente de manera significativa a las mismas áreas, y se pueda contar con fuentes únicas del dato, para optimizar su calidad, y sean la base, para que la alta gerencia, pueda tomar decisiones en la formulación de los diferentes proyectos.



7. Responsabilidad Social Empresarial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la responsabilidad social como “la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación”.

Se proyecta diseñar estrategias y herramientas, que nos permitan identificar objetivamente las necesidades prioritarias de la población, realizando su respectiva caracterización, apoyados con el trabajo mancomunado al interior del Hospital, y con las organizaciones e instituciones públicas y privadas, al igual que los líderes profesionales del sector salud, asociaciones de usuarios y comunidad en general.

Para el desarrollo de todo lo expuesto anteriormente en los siete (7) Factores Críticos de Éxito, se estructurará en el Plan de Desarrollo Institucional, los Ejes Estratégicos (que se tiene previsto que sean cinco), enfocados en:

- Gestión de Servicios Integrales para la Atención (Humanizados, confiables, resolutivos, etc).
- Gobernabilidad, Gestión Administrativa y Financiera que generen Valor Público.
- Aprendizaje y Transformación del Talento Humano.
- Infraestructura y Tecnología al Servicio de la Vida.

- Sostenibilidad Económica, Social y Ambiental.

Sumado a lo anterior, para el cumplimiento de las metas proyectadas para el período de gerencia 2024-2028, se realizará la reformulación de los componentes que aplique de la Plataforma Estratégica Institucional y los actuales Objetivos Estratégicos (cinco – 5), herramientas 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 hace parte del 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%**

C. Metas Anuales:

Sumado a las metas y estrategias descritas anteriormente, 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 2024-2028

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. 3. Acreditación en la vigencia evaluada.	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior. 2. Contrato de postulación. 3. Certificación de Acreditación.
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	Indicador nominal	1. Autoevaluación completa en la vigencia evaluada. 2. Postulación para la Acreditación formalizada con contrato. 3. Acreditación en la vigencia evaluada.	1. Documento de Autoevaluación. 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.
	3	Nivel I, II Y III	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 2024-2028

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	

Anexo 2. Indicadores y Estándares por Áreas de Gestión

Resolución No. 408 de 15 de febrero de 2018

METAS ANUALES DEL PLAN DE GESTIÓN 2024-2028

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 2024-2028

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 2024-2028

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 Período 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. 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				
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):	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	
	Subtotal - Dirección y Gerencia 20%							0,20
Subtotal - Financiera y Administrativa 40%							0,40	
Subtotal - Clínica o Asistencial 40%							0,40	
TOTALES							1,00	

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 2024-2028, 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 cinco (5) Ejes Estratégicos, los siete (7) Factores Críticos de Éxito, y la Plataforma Estratégica Institucional. La Gerencia, seguirá fortaleciendo el talento humano, las estrategias proyectadas en el presente documento, para avanzar en las nuevas metas descritas, fortaleciendo la capacidad instalada, gestionando tecnología biomédica de vanguardia en conjunto con los sistemas de información y comunicación, con la finalidad de seguir ofertando servicios de salud con estándares superiores de calidad, con manejo transparente y eficiente de los recursos públicos, siendo competitivos y sostenibles en materia económica, financiera y socialmente responsables con nuestros usuarios, sus familias, Colaboradores, grupos de valor, y comunidad en general.


DIANA MARCELA CONDE MARTÍN
Gerente