

PLAN DE GESTIÓN 2024-2028



Pitalito, 29 de Mayo de 2024

DIANA MARCELA CONDE MARTÍN
Gerente

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 2024-2027 “**Por Un Huila Grande**” 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 siete (7) Factores Críticos de Éxito, los nuevos retos sociales y la reformulación que se hará a la Plataforma Estratégica Institucional, a los Objetivos Estratégicos e Indicadores y metas, entre otros que quedarán plasmados en el Plan de Desarrollo Institucional.

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.

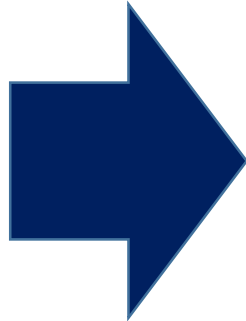
73.2. La junta directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión **dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.**

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

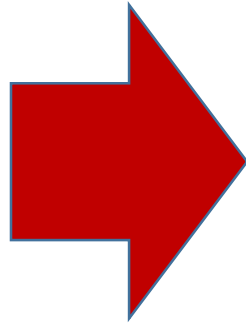


- Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.
- Art. 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**

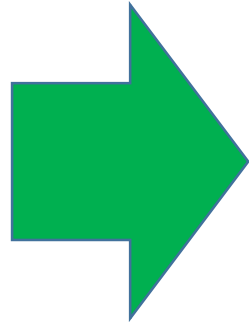


- Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, y se dictan otras disposiciones.
- Art. 2 – ... “Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador definida en el Anexo No. 3, **se distribuirá proporcionalmente de acuerdo 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

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.

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

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

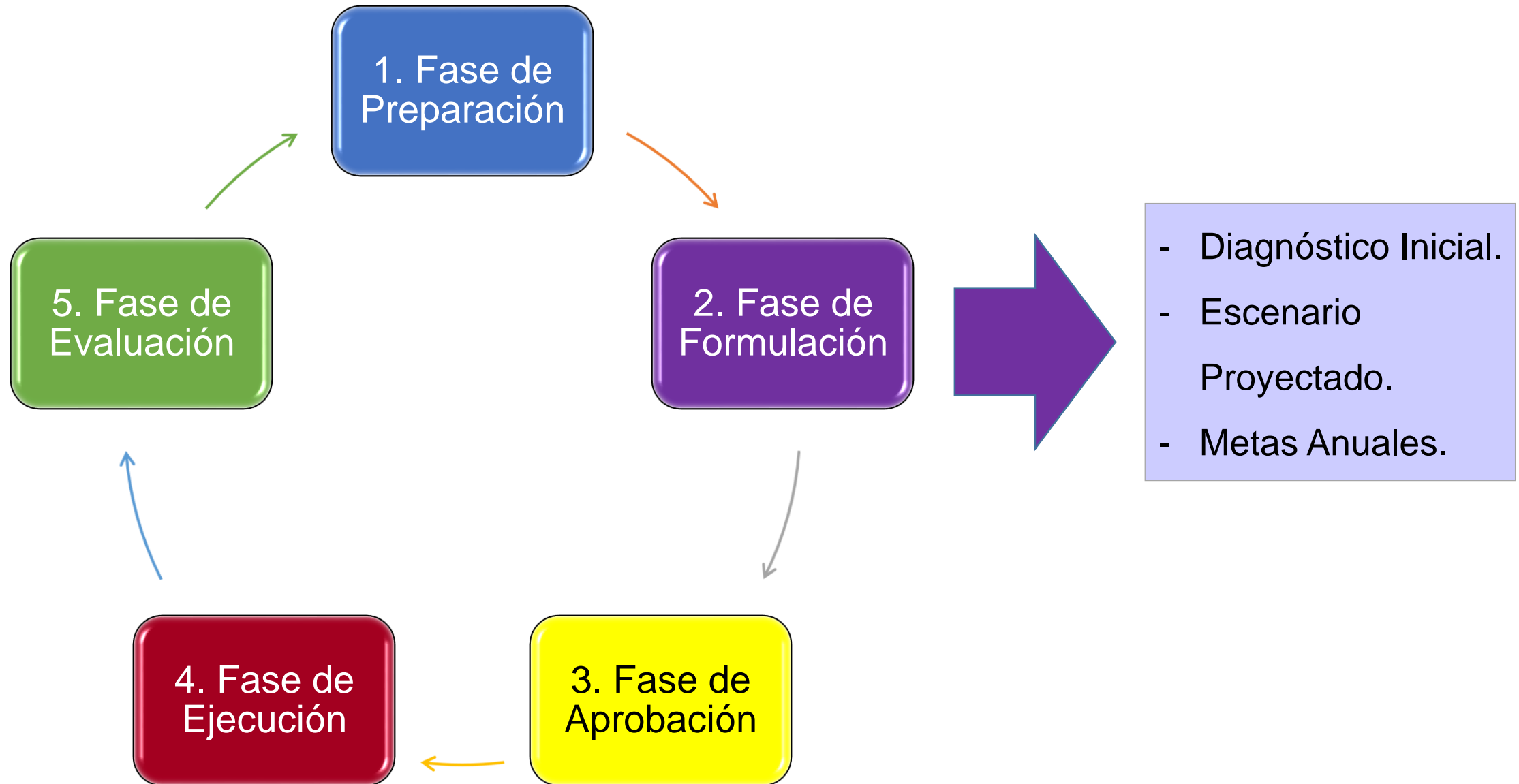
Financiera y Administrativa (40% Indicadores del 4 al 11)

- 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

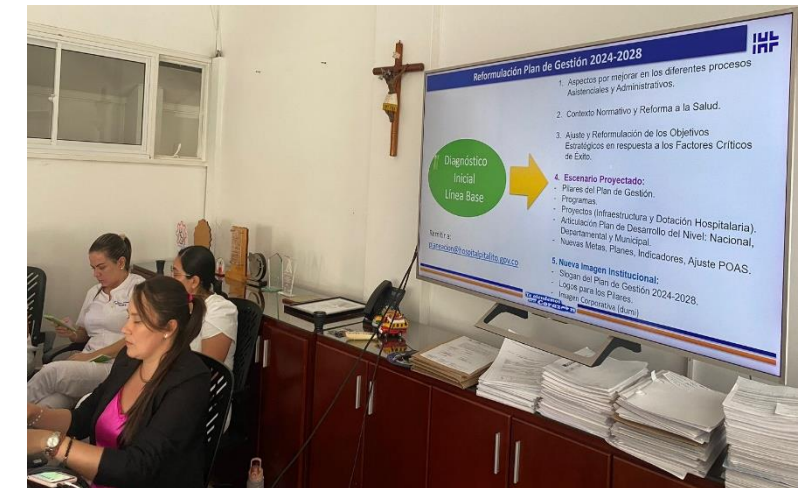


4. Fases del Plan de Gestión

- **1. Fase de Preparación:** (Equipo Dirección Estratégico y Líderes Asistenciales – 25 de abril de 2024)



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: (Equipo Direccionamiento Estratégico y Líderes Administrativos – 8 de mayo de 2024)

(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 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 Habilitación 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: 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 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 Presupuestal Recaudado 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).	\$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 IAMIII, 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 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 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.

4. Fases del Plan de Gestión



2. Fase de Formulación:

(Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

B. Escenario Proyectado: (Ver Pág. 11 a 20)

**7 FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO + PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL
y LOS 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.



Factores Críticos de Éxito



1. Talento Humano Competente y Comprometido



- ✓ Son la base y fundamento de la Misión Institucional, son vitales para el desarrollo de todos los procesos de la organización.
 - ✓ A 31 de marzo de 2024: 986 Colaboradores en total (66,8% son Asistenciales -658 personas- y el 33,2% son Administrativos – 328 personas). Solo 92 personas pertenecen a la planta de la institución.
 - ✓ 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.
- ✓ Se trazarán estrategias que impacten positivamente las metas a alcanzar en:
 - Bienestar social.
 - Capacitación.
 - Estímulos e incentivos.
 - Formación continua.
 - Otros.
 - ✓ Lectura del entorno y respuesta oportuna a las necesidades de los Colaboradores.

2. Capacidad Instalada



- ✓ Incremento permanente y en forma significativa de la población Surcolombiana, en forma proporcional aumenta la demanda de servicios de salud para nuestra E.S.E.

- ✓ Ejemplo de atención de pacientes por vigencias:



Para el período 2024 A 2028 el comportamiento puede ser similar a las variaciones anteriores en promedio: 20,23% (48,562 pacientes).

- ✓ Es necesario fortalecer la capacidad instalada de la institución, para:
 - Dar respuesta a las necesidades a la Población Surcolombiana.
 - Atención del perfil epidemiológico.
 - Ofertar servicios de mayor complejidad.
 - Mitigar las remisiones a IPS de ciudades capitales.

- ✓ **Se trazarán estrategias enfocadas en:**

- Nuevos proyectos de infraestructura y Dotación hospitalaria.
- La articulación con los Planes de Desarrollo del orden nacional, departamental y municipal.
- La Observancia del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo para **Un Huila Grande**.

3. Prestación de Servicios



- ✓ Es necesario fortalecer los servicios ofertados de mediana y alta complejidad.

- ✓ Ejemplo de la Caracterización de las remisiones (3.125 pacientes) en el 2023 por especialidades:

- Cardiología Hemodinamia:	11%
- UCI Neonatal:	9%
- Ginecoobstetricia:	7%
- Cardiología:	5%
- Cirugía Vascolar:	5%
- Cirugía Maxilofacial:	5%
- Psiquiatría:	5%
- Nefrología:	4%
- Cirugía Pediátrica:	4%
- UCI Pediátrica:	3%
- Otras Especialidades:	42%

- ✓ Se trazarán estrategias enfocadas en:

- Estudios previos, análisis estadístico, morbilidades remitidas, proyecciones de facturación, costos, gastos, margen operacional, entre otros.
- Proyectos aprobados en el Plan Bienal de Inversiones en Salud.
- La actualización del documento de red (2013). Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes – PTRRMR.
- Cambios normativos y directrices del orden nacional y departamental para el sector salud.

Ejemplo: La nueva metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – **PMIDS**.

4. Estándares Superiores de Calidad



✓ Se viene trabajando en mejorar los procesos, para contar con mejores estándares de calidad para mejorar la experiencia del paciente y su familia, para los Colaboradores, los grupos de interés y comunidad en general.

✓ Se aunará esfuerzos para el logro de estándares superiores de calidad. **Se realizará un diagnóstico de la evaluación a conciencia** de los grupos de estándares del proceso de **Acreditación**:

1. Proceso de Atención al Cliente Asistencial.
2. Direccionamiento.
3. Gerencia.
4. Gerencia del Talento Humano.
5. Gerencia del Ambiente Físico.
6. Gestión de la Tecnología.
7. Gerencia de la Información.
8. Mejoramiento de la Calidad.

✓ **Se trazarán estrategias enfocadas en:**

- Cumplimiento de los estándares de Habilitación
- Priorización de los estándares de Acreditación.
- SOGCS.
- MIPG.
- MECI.
- Sistema de Administración de Riesgos:
 - SARLAFT / FPADM
 - SICOF
 - Código de Conducta y de Buen Gobierno
 - Otros.

5. Competitividad y Sostenibilidad Financiera



- ✓ Reformas al Sistema de Salud Colombiano:
 - Ley 1122 de 2007.
 - Ley 1438 de 2011.
 - La nueva Reforma en estudio, análisis y discusión. De las 190 EPS creadas en los años 90, hoy existen 26 activas y se cree que **solo 5 cumplen con los requisitos.**

- La intervención y liquidación de las EPS, han impactado en que las IPS no puedan mantener el flujo de caja, no pudiendo cancelar oportunamente e impactando:
 - * Acreencias laborales.
 - * Proveedores.
 - * Se reducen los procesos de capacitación al personal de salud.
 - * Se frenan procesos de renovación tecnológica, y proyectos de infraestructura.
 - * Se limita la apertura de nuevos servicios.
 - * Se perjudica la comunidad en general.

✓ Se trazarán estrategias enfocadas en:

- Diseñar, desplegar e implementar 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 Plan será flexible y ajustado en forma permanente, en observancia a los cambios que genere el proceso de transformación del sistema de salud colombiano.
- Lograr que nuestra E.S.E. sea **sostenible en materia económica, financiera y social.**

6. Gestión de la Tecnología y las TIC



- Tecnología Biomédica.
- Tecnología en los Sistemas de Información y Comunicación.

- Adquisición de la tecnología 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).

✓ Se trazarán estrategias enfocadas en:

- La adquisición de tecnología con calidad y efectividad para los procesos de la organización.
- Implementación de herramientas que permitan realizar un diagnóstico efectivo del estado de la tecnología.

✓ Se trazarán estrategias enfocadas en:

- Revisión, análisis y reformulación de **PETIC** - (Plan estratégico tecnologías de la información y las comunicaciones).
- Mejorar la integración del sistema de información (asistencial y administrativo). Ej. Laboratorio y Banco de Sangre.
- 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).
- Incorporar aplicaciones con **IA** (Inteligencia Artificial).
- Otros.

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 trazarán estrategias enfocadas en:**

- 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.

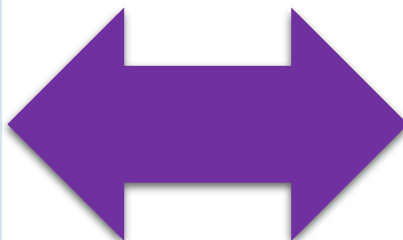


Factores Críticos de Éxito / Ejes Estratégicos



FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

1. Talento Humano Competente y Comprometido
2. Capacidad Instalada
3. Prestación de Servicios
4. Estándares Superiores de Calidad
5. Competitividad y Sostenibilidad Financiera
6. Gestión de la Tecnología y las TIC
7. Responsabilidad Social Empresarial



EJES ESTRATÉGICOS

1. Gestión de Servicios Integrales para la Atención (Humanizados, confiables, resolutivos, etc).
2. Gobernabilidad, Gestión Administrativa y Financiera que generen Valor Público.
3. Aprendizaje y Transformación del Talento Humano.
4. Infraestructura y Tecnología al Servicio de la Vida.
5. Sostenibilidad Económica, Social y Ambiental.

4. Fases del Plan de Gestión



2. Fase de Formulación:

(Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

- **C. Metas Anuales: (Ver Pág. 20 a 25)**

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



Área de Gestión	No.	Tipo de E.S.E.	Indicador	Fórmula del Indicador	Estándar para Cada Año	Fuente de Información
a	b	c	d	e	f	g
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II Y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador nominal	1. Mantener la acreditación. 2. Autoevaluación en la vigencia evaluada $\geq 3,5$	1. Certificación de acreditación. 2. Documento de autoevaluación.
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1. $\geq 1,20$.	1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
					2. Postulación para la Acreditación, formalizada con contrato.	2. Contrato de postulación.
					3. Acreditación en la vigencia evaluada.	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.	1. Documento de Autoevaluación.
					2. Postulación para la Acreditación formalizada con contrato.	2. Contrato de postulación.
	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.
	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.

**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.	≥ 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.



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. 26):

- 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 los servicios y áreas 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. 26 a 35):

- 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			
				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.	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
				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): 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.	Califique con uno (1): 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.	Califique con tres (3): 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.	Califique con cinco (5): 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): Si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con uno (1): Si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90.	Califique con tres (3): Si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99.	Califique con cinco (5): Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00.	
	10	Nivel I, II Y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Califique con cero (0): Si durante la vigencia evaluada el Gerente de la 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.	Califique con cinco (5): 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): 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.	Califique con cinco (5): 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	Igua o Superior al 70%



¡Muchas Gracias!

gerencia@hospitalpitalito.gov.co

www.hospitalpitalito.gov.co - Tel. (608) 8362500



[@hsapitalito](https://www.instagram.com/hsapitalito)
