

# Plan de Gestión Gerente



# 2012-2015

---

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO  
SANTA SOFÍA DE CALDAS

## Tabla de contenido

PRESENTACION.....	3
I. Marco Legal .....	3
II. Objetivo General.....	3
III. Aspectos Generales .....	4
IV. Nuestra Plataforma estratégica .....	4
V. Capacidad Instalada .....	7
VI. Metodología para la elaboración del Plan de Gestión .....	7
1. Fase de Preparación .....	12
2. Fase de Formulación.....	12
2.1. Diagnóstico inicial .....	12
2.2. Logros, compromisos y actividades a desarrollar.....	21
2.3. Metas anuales .....	24
3. Fase de aprobación .....	27
4. Fase de ejecución .....	27
5. Fase de evaluación .....	27

# Plan de Gestión 2012 - 2015

## GERENTE

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFÍA DE CALDAS

JUNIO DE 2.013

## PRESENTACION

El presente Plan de Gestión pretende convertirse en el mapa estratégico para la ESE Hospital Departamental Santa Sofía durante el periodo 2012-2016, que sirva para definir, articular y priorizar objetivos, hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad actual.

Esta diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad; además tiene en cuenta las metas y compromisos establecidos en el convenio de desempeño suscrito en el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Empresa. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

## I. Marco Legal

- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 357 de Febrero 8 de 2008.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72 – 74
- Resolución 710
- Resolución 0743 de Marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.

## II. Objetivo General

Definir con criterios y principios de necesidad, realidad y factibilidad las metas de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la

calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas.

### III. Aspectos Generales

La institución que hoy denominamos E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas, lleva consigo una rica historia dentro de sus muros que marca la permanente lucha de personas que con esmero y compromiso, han prodigado oportuna atención, siempre dentro de estándares de calidad y haciendo uso de tecnología de vanguardia, para mejorar las condiciones de salud y mantener la vida de la población usuaria.

A través del tiempo, el perfil epidemiológico del Hospital ha confirmado su orientación y especialización en el tratamiento de patologías de alta complejidad, especialmente las cardiovasculares.

Estas cifras motivo de análisis muestran un creciente nivel de complejidad de las afecciones tratadas por la institución, donde además de patologías del sistema cardiocerebrovascular, se observan atenciones prodigadas a pacientes con complicaciones cancerosas y relacionadas con enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia. También cobran relevancia en cantidad, los pacientes con complicaciones generadas por la presencia de diabetes mellitus.

### IV. Nuestra Plataforma estratégica

#### MISIÓN

Mejorar el estado de salud de la comunidad por medio de la educación, el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en las enfermedades, de mediana y alta complejidad, permitiendo mejorar la calidad de vida de los ciudadanos (as), brindándoles el calor humano y la atención que siempre merecen.

Ser centro de formación y entrenamiento para el recurso humano del sector salud y participar en el desarrollo de actividades de investigación en salud, propendiendo con esto mejorar permanentemente los estándares de calidad.

#### VISIÓN

Seremos el modelo de gestión pública en el país y el mejor Hospital con el mayor desarrollo humano, tecnológico y científico del Occidente Colombiano.

#### VALORES

- Compromiso: Mirado como aquel acto de voluntad indeclinable de llevar a efecto aquellas acciones que consideramos importantes sin necesidad de

documentos o exigencias de terceros. La obligación contraída, la palabra dada y la fe empeñada en algo o en alguien, por plena convicción personal, nos compromete con grandes realizaciones que día a día hace Santa Sofía.

- **Calidad Humana:** Es nuestra mejor cara, es nuestra mejor arma, es nuestro mejor rostro, es todo lo mejor que tienen todos nuestros miembros, cuando vemos el rostro satisfecho de nuestros compañeros y de nuestros usuarios. Es voluntad, es el buen trato, es el excelente comportamiento, una exquisita actitud, una forma sincera de sacrificarse por los demás.
- **Solidaridad:** Es un valor importante y esencial en esta familia por que se relaciona con la protección, la vida y la integridad del otro. Es un valor que se comparte en todas partes, en todas las edades y en todos los momentos, Es ser capaz de decir “cuenta conmigo”.
- **Respeto:** Es el acatamiento que se hace de las diferentes formas de ser, pensar y actuar de las personas. Es la valoración de las costumbres, creencias, hábitos y opiniones de nuestros compañeros de trabajo, de nuestros usuarios aún a pesar de nuestros gustos, afectos e intereses. Es lo que nos permite convivir en armonía conservando nuestra individualidad y reconociendo la identidad y la diversidad de criterios que nos hacen diferentes.
- **Trabajo en equipo:** Es una integración armónica de funciones y actividades desarrolladas por diferentes personas. Para su implementación requiere que las responsabilidades sean compartidas por sus miembros. Necesita que las actividades desarrolladas se realicen en forma coordinada. Necesita que los programas que se planifiquen en equipo apunten a un objetivo común.

### OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Producir servicios de salud acordes con el perfil epidemiológico de la población del Occidente Colombiano.
- Adoptar dentro de la cultura organizacional el mejoramiento continuo de la calidad y la permanente capacitación de nuestro talento humano.
- Garantizar un manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la rentabilidad social.
- Establecer una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad sin detrimento de la calidad en la prestación de los servicios.
- Ofrecer a las aseguradoras y a las personas naturales que lo demanden, paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Establecer un programa de renovación tecnológica que permita mantener los más altos estándares en servicios especializados en la región.
- Garantizar los mecanismos de participación comunitaria.

- Realizar actividades en beneficio de la comunidad con responsabilidad social y empresarial.
- Gestionar la admisión de personal en calidad de formación académica con perfiles ajustados a las necesidades del Hospital.
- Adoptar un modelo integral de gestión de calidad que nos permita posicionarnos como la mejor E.S.E. del Occidente Colombiano.
- Mantener un clima organizacional favorable que permita el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Contribuir a la generación de conocimiento, a través del apoyo institucional de proyectos de investigación científica competitivos a nivel regional, nacional e internacional.
- Fortalecer el desarrollo integral de habilidades y destrezas del personal en calidad de formación académica, contribuyendo a la prestación de servicios de salud con calidad.
- Desarrollar programas de manejo ambiental encaminados al control, prevención y mitigación del impacto generado por los servicios de salud prestados.
- Adoptar la seguridad del paciente como pilar fundamental de la prestación de servicios de salud.

### PRINCIPIOS ÉTICOS

- El sentido de la Calidad Humana es fundamental dentro de nuestras actividades.
- Trabajamos con transparencia, ética y compromiso.
- Respetamos y cuidamos el medio ambiente.
- El interés general prevalece sobre el interés particular.
- Los resultados obtenidos en el ejercicio de nuestra profesión es de todos como empresa.
- Todos trabajamos por una misma meta y es de ofrecer servicios de salud de alta calidad tanto humana como tecnológica para todos los ciudadanos indistintos de su clase social, raza o credo.
- Los bienes públicos son sagrados.

- La principal finalidad del Estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población.
- Todos somos orgullosamente públicos y nuestra función primordial es servir a la ciudadanía.

## V. Capacidad Instalada

Las instalaciones de la E.S.E. Hospital Departamental se encuentran ubicadas en el Km 2 de la salida al municipio, contando con la siguiente capacidad para la atención:

Concepto	Capacidad
Camas de Hospitalización	130
Consultorios de Urgencias	2
Consultorios Externos	15
Quirófanos	5

Fuente: Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), Decreto 2193

## VI. Metodología para la elaboración del Plan de Gestión

En desarrollo de lo dispuesto en los artículos 72 - 74 de la Ley 1438 de 2011, se expidió la Resolución 0743 de 2013 por medio de la cual se adoptaron 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 nivel territorial, y su evaluación por la Junta Directiva, contemplando cinco fases para su desarrollo y aplicación desde 3 áreas de gestión, así:



De acuerdo con el nivel de atención de la E.S.E. Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas, los indicadores y estándares por áreas de gestión que aplican para la Institución, son los incluidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Indicadores y estándares por áreas de gestión

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	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, III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador nominal	$\geq 1,20$	Documento diligenciado del autoevaluación de los estándares del sistema de acreditación de la ESE
	2	Nivel I, II, III	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia de los planes de mejora del componente de auditoría	$\geq 0,90$	Documento del cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación
	3	Nivel I, II, III	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/ Numero de metas del plan operativo anual programadas	$\geq 0,90$	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II, III	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 adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero para la ESE categorizadas con riesgo medio o alto.
	5	Nivel I, II, III	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	$< 0,90$	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social



Tabla 1. Indicadores y estándares por áreas de gestión

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de Información
	6	Nivel I, II, III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico	$\geq 0,70$	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE
	7	Nivel I, II, 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	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Cero o con variación negativa	Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal del contador de la ESE.
	8	Nivel I, II, III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	Informe del responsable de planeación de la ESE o quién haga sus veces. Actas junta directiva
	9	Nivel I, II, III	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 1. Indicadores y estándares por áreas de gestión

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de Información
	10	Nivel I, II, 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, III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
Gestión Clínica Asistencial 40%	12	Nivel II, III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	$\geq 0,80$	Informe de comités de historias clínicas de la ESE
	13	Nivel II, III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	$\geq 0,80$	Informe de comités de historias clínicas de la ESE
	14	Nivel II, III	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se inició la apendicetomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas/Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,90$	Informe de subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces

Tabla 1. Indicadores y estándares por áreas de gestión

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de Información
	15	Nivel II, III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia	$\geq 0,90$	Comité de calidad o quien haga sus veces
	16	Nivel II, III	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo	$\geq 0,90$	Comité de mortalidad Hospitalaria o quien haga sus veces
	17	Nivel II, III	Oportunidad en la atención ginecobstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica ginecobstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas ginecobstétricas asignadas en la institución	$\leq 8$	Superintendencia Nacional de Salud
	18	Nivel II, III	Oportunidad en la atención de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	$\leq 15$	Superintendencia Nacional de Salud

## 1. Fase de Preparación

En esta fase se identificaron las diferentes fuentes para establecer la línea base y formular el Plan de Gestión. Las acciones adelantadas fueron:

- Consulta de los informes institucionales de la vigencia y consolidados de indicadores de procesos y procedimientos.
  - Informe de Indicadores de Gestión de Garantía de Calidad.
  - Informe de Indicadores de Gestión de Control Interno.
  - Informe de convenio de desempeño 0188.
- Generación y análisis de datos a partir del sistema de información, realizando cruces de distintas variables para el cálculo de indicadores de oportunidad en la atención de pacientes con patologías específicas como son apendicitis e infarto agudo de miocardio.
- Revisión de historias clínicas para determinar la adherencia a guías y protocolos adoptados por la E.S.E para el manejo del diagnóstico de primera causa de egreso y maternidad segura.
- Revisión de actas e informes de comités institucionales realizados.
- Revisión de información reportada a la Supersalud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

## 2. Fase de Formulación

Esta fase consta de tres pasos: Diagnóstico inicial, proyección de logros, compromisos y actividades a desarrollar, y establecimiento de metas.

### 2.1. Diagnóstico inicial

En la Tabla 2 se presenta un diagnóstico inicial o línea base con corte a 31 de diciembre de 2012, aplicando los indicadores del plan de gestión descritos en la Resolución 0743 de 2013, con sus respectivos enfoques cuantitativos y cualitativos.

Para el cálculo de los indicadores requeridos en el plan de gestión se compararon y validaron los datos, incluidos los reportados a entes externos. De esta forma se garantiza coherencia en la información.

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador nominal	Sin dato	Sin dato	$\geq 1,20$	La institución hasta la vigencia 2011, realizó 5 autoevaluaciones de Acreditación basadas en la resolución 1445 de 2006, para el año 2012 hubo un cambio en la resolución 123 de enero de 2012, la cual adopta el Nuevo Manual de Estándares de Acreditación, en donde se encuentra aumento en la exigencia de los estándares y criterios se evidencia que no existe punto de comparación frente a las autoevaluaciones previas, por lo tanto se toma la decisión de iniciar una etapa de preparación en la que se realice la autoevaluación para el año 2013 con base en los nuevos estándares, acogiendo la calificación de menor valor.
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	51/164	0.31	$\geq 0,90$	Los resultados previos de este indicador se basaban en los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación de acreditación, siendo necesario realizar un ajuste en esta edición, ya que su orientación es hacia los resultados de las auditorías de PAMEC, de manera que se obtenga integralidad del proceso, de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo, ya que por medio de la auditoría de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores.

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/ Numero de metas del plan operativo anual programadas	41/47	0,87	>= 0,90	De acuerdo con la ejecución de las estrategias y acciones establecidas en el cuadro de mando institucional en las distintas perspectivas de clientes, financiera, procesos internos y desarrollo humano y tecnológico, se evidenció un desempeño promedio general del 86,96% para la vigencia 2012.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	N/A	Categorizada SIN RIESGO	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Para la vigencia 2012 la institución se encuentra categorizada sin riesgo, por tanto no se adoptará un programa de saneamiento fiscal y financiero.
	5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	9045,96/9239,68	0,98	<=0,90	Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para el Hospital, se ha efectuado una contención de los gastos; sin dejar de lado la inversión y la renovación tecnológica para competir frente a las demás entidades prestadoras de servicios de salud en la región. Adicionalmente, realizando los mantenimientos hospitalarios establecidos en la ley.

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico	$\frac{321.345.262}{2.1.550.010.519}$	0,01500	$\geq 0,70$	Para la vigencia 2012 el comportamiento del indicador corresponde a 0,015 presentando un avance en el segundo semestre, ya que la vigencia 2011 tuvo como resultado 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	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(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	A) 46,717,834 B) 46,717,834-12468847	34248987	Cero o con variación negativa	La E.S.E Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto se constate por la interventoría o supervisión del contrato, el cumplimiento de las obligaciones contractuales y de ley.

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E			F	
			anterior, en valores constantes)]				
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	4	4	Para el periodo 2012 se implemento la estrategia de hacer extensiva a la Junta Directiva esta información mediante la realización de informes ejecutivos, a la cual se tiene proyectado dar continuidad hasta 2016.
	9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores )/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	59299083225/ 56836986766	1,04	>=1,00	Se evidencia el cumplimiento del indicador, frente a la meta establecida para la vigencia 2012.
	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	No Extemporáneo	No Extemporáneo	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos



Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	No Extemporáneo	No Extemporáneo	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cuenta con el soporte del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, donde consta que el Informe del Decreto 2193 fue enviado dentro del plazo establecido.
Gestión Clínica Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	N/A	N/A	$\geq 0,80$	La E.S.E hospital departamental Santa Sofía de Caldas, no contempla dentro de su portafolio, el servicio de ginecología, por lo tanto es inusual la atención de maternas. No obstante acogemos las políticas nacionales en materia de maternidad segura y se adoptan las guías para la atención de esta patología con el fin de brindar un manejo integral de la gestante en el caso de requerir con carácter urgente, servicios en la institución. por tanto este indicador no es de medición y seguimiento para este plan de gestión.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera	64/80	0,80	$\geq 0,80$	El hospital inicio la aplicación de la fase de evaluación de adherencia desde el año 2011. Para el caso de guías medicas se tiene estipulado la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnósticos de egreso más frecuentes los cuales son escogidos por muestreo aleatorio con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%, estas revisiones se realizan a través de una lista de chequeo derivada de

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
			causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia				los parámetros establecidos en cada guía.
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	24/25	0,96	>=0,90	Se evidencia el cumplimiento del indicador, frente a la meta establecida para la vigencia 2012.
	15	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia	115/123	0,93	>=0,90	El infarto agudo de miocardio es una de las principales causas de egreso de la institución, para determinar la oportunidad en la atención de este tipo de pacientes se realiza revisión de cada uno de los registros clínicos, puesto que el manejo varía de acuerdo con las condiciones clínicas de ingreso del paciente, ya que algunos pacientes ingresan como urgencia vital y otros remitidos por otras IPS.

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
				Fórmula	Resultado		
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
	16	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo	227/250	0,91	>=0,90	<p>Se da continuidad a la implementación del formato de evaluación de casos que incluye los atributos de calidad y la metodología del análisis de las demoras (extrapolado al análisis de mortalidad materna). Los hallazgos al respecto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempos de espera prolongados en otras instituciones para remisiones urgentes a esta.</li> <li>• Condiciones de remisión inadecuadas y fallas en el sistema de referencia y contra referencia.</li> <li>• Falta de disponibilidad de especialistas en el segundo nivel.</li> <li>• Falta de evaluación y seguimiento de patologías complejas por medicina especializada.</li> <li>• Estancia hospitalaria prolongada que favorece la presentación de la infección asociada al cuidado de la salud y el evento adverso.</li> </ul> <p>Los principales motivos de mortalidad institucional corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad isquémica del corazón y sus complicaciones.</li> <li>• Enfermedad cerebro vascular.</li> <li>• Enfermedad aguda del sistema respiratorio y</li> <li>• Causas externas, incluida la violencia.</li> </ul>

Tabla 2. Línea base a 31 de diciembre de 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2012		Estándar para cada año	Observaciones
A	B	D	E	Fórmula	Resultado	F	
	17	Oportunidad en la atención ginecobstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica ginecobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas ginecobstetricia asignadas en la institución	N/A	N/A	<=8	La E.S.E hospital departamental Santa Sofía de Caldas, no contempla dentro de su portafolio, el servicio de ginecobstetricia, por lo tanto es inusual la atención de maternas. No obstante acogemos las políticas nacionales en materia de maternidad segura y se adoptan las guías para la atención de esta patología con el fin de brindar un manejo integral de la gestante en el caso de requerir con carácter urgente, servicios en la institución. por tanto este indicador no es de medición y seguimiento para este plan de gestión.
	18	Oportunidad en la atención de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	102466/4310	23,77	<=15	El indicador de oportunidad en medicina interna a nivel institucional tiene establecido como meta aceptable 30 días, Es importante tener en cuenta al analizar los resultados de este indicador, que a pesar de los esfuerzos institucionales en mantener una oferta en dicha especialidad hay una falencia notable en la disponibilidad de talento humano en la localidad, la región y a nivel nacional.

## 2.2. Logros, compromisos y actividades a desarrollar

Una vez establecida la línea base, se planea un nuevo escenario proyectando logros, compromisos y actividades a desarrollar por cada área de gestión. El escenario proyectado cuenta con las siguientes variables:

- Área de Gestión.
- Objetivos o compromisos planteados en el período de gerencia.
- Actividades o estrategias generales a desarrollar.

En la Tabla 3 se presentan los objetivos y compromisos con sus respectivas actividades en las 3 áreas de gestión contempladas en este plan.

**Tabla 3. Logros, compromisos y actividades a desarrollar**

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	Continuar enfocando la gestión en el cumplimiento de los estándares de calidad definidos en el sistema de acreditación, como parte de los procesos de mejoramiento continuo institucionales, a través del desarrollo de actividades permanentes de autoevaluación y ejecución de planes de mejoramiento que permitan implementar y mantener estándares de calidad superior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizar programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad con enfoque en la nueva normatividad de Habilitación y Acreditación</li> <li>• Realizar autoevaluación a los estándares del sistema de acreditación anualmente.</li> <li>• Dinamizar el cumplimiento de los estándares a través de campañas institucionales lideradas por la alta dirección.</li> <li>• Realizar seguimientos trimestrales para determinar el cumplimiento de los planes de mejoramiento.</li> <li>• Fomentar la cultura de autocontrol en los equipos de autoevaluación a través de la realización de reuniones periódicas que permitan desarrollar un mayor seguimiento a la ejecución de las actividades formuladas.</li> </ul>
	Liderar de manera dinámica la gestión organizacional hacia el desarrollo de la plataforma estratégica y el logro de los objetivos institucionales, mediante el diagnóstico, la formulación, la ejecución y el seguimiento de las estrategias, planes, programas y políticas del Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar metodología para la formulación del Plan de Desarrollo institucional mediante la cual se generen los lineamientos estratégicos necesarios para el sostenimiento, desarrollo y crecimiento del Hospital.</li> <li>• Realizar formulación y seguimiento del Plan Operativo Anual de Inversiones, permitiendo la ejecución ordenada, coherente y sistemática de los proyectos contenidos en el plan plurianual de inversiones.</li> </ul>
	Fortalecer e implementar estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar seguimiento a los diferentes grupos de usuarios para</li> </ul>

Tabla 3. Logros, compromisos y actividades a desarrollar

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	relacionadas con la perspectiva institucional de clientes.	identificar y satisfacer sus expectativas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar estudios de mercados que permitan medir el reconocimiento y posicionamiento del Hospital e identificar las necesidades y expectativas de los aseguradores y la comunidad.</li> <li>• Fortalecer la asociación de usuarios promoviendo espacios participativos en los cuales se planteen propuestas encaminadas al mejoramiento continuo.</li> <li>• Adoptar dentro de la cultura de gestión con aseguradores la realización de reuniones periódicas para la retroalimentación de la atención de sus afiliados.</li> </ul>
	Fortalecer e implementar estrategias relacionadas con la perspectiva institucional de desarrollo humano y tecnológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar e implementar estrategias de comunicación orientadas al cliente interno, para afianzar políticas institucionales y estrategias encaminadas al mejoramiento continuo.</li> <li>• Promover la creación y consolidación de ambientes y acciones amigables con la discapacidad.</li> <li>• Fomentar la gestión ética institucional.</li> <li>• Promover la realización, cumplimiento y seguimiento de planes de capacitación y sensibilización del cliente interno.</li> <li>• Incentivar la generación de conocimiento a través del apoyo institucional de proyectos de investigación científica competitivos.</li> <li>• Establecer un programa de renovación y adquisición de tecnología que permita mantener los más altos estándares en servicios de salud especializados.</li> </ul>
FINANCIERA Y ADMINISTRACIÓN	Fortalecer e implementar estrategias relacionadas con la perspectiva financiera institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorear permanentemente los tiempos transcurridos entre el egreso, la facturación y la radicación de cuentas.</li> <li>• Realizar análisis de costos a los servicios de salud con mayor demanda y ofrecer a las aseguradoras y a las personas naturales que lo demanden tarifas competitivas, con el fin de aumentar la participación del Hospital en el mercado.</li> <li>• Monitorizar y realizar control permanente al comportamiento del gasto.</li> <li>• Implementar acciones de cobro coactivo que favorezcan la gestión de recaudo.</li> </ul>
	Fortalecer e implementar estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el análisis comparativo de indicadores como</li> </ul>

Tabla 3. Logros, compromisos y actividades a desarrollar

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	relacionadas con la perspectiva institucional de procesos internos.	herramienta de gestión anticipada de escenarios futuros. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar planes de acción para el cumplimiento de los procesos y efectuar seguimiento y evaluación a dichos planes.</li> <li>• Diseñar e implementar planes conjuntos acordes con las prioridades establecidas por la Dirección Territorial de Salud de Caldas.</li> <li>• Establecer estrategias de gestión documental que garanticen la actualización del sistema de gestión de calidad de manera congruente con el comportamiento de los servicios misionales y buscando mitigación de los riesgos administrativos.</li> <li>• Adoptar como política institucional el análisis de productividad por especialidades versus honorarios de profesionales de la salud.</li> <li>• Desarrollar e implementar programas de manejo ambiental encaminados al control, prevención y mitigación del impacto generado por los servicios de salud prestados.</li> </ul>
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	Monitorizar la prestación de los servicios de salud, con el fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar continuidad a la gestión y análisis de la información derivada de los indicadores de calidad y eficiencia hospitalaria, de acuerdo con las principales causas de morbilidad y mortalidad.</li> <li>• Realizar medición de la adherencia a las guías y protocolos de atención que contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos de atención de la institución.</li> <li>• Establecer ajustes derivados de los resultados de medición de adherencia a guías y protocolos de atención.</li> </ul>
	Evaluar permanentemente los indicadores que permitan el cumplimiento de los estándares de calidad en cuanto a la oportunidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuar seguimiento a los resultados de la oportunidad en la atención y verificar dichos resultados a través de la revisión de historias clínicas.</li> <li>• Formular y ejecutar planes de mejoramiento enfocados al logro de las metas establecidas de oportunidad en la atención.</li> </ul>
	Fomentar la cultura de seguridad del paciente en la comunidad hospitalaria a partir del direccionamiento y divulgación de estrategias de prevención y control de factores de riesgos asociados al proceso de atención en salud, con el fin de lograr hábitos y conductas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desplegar la política institucional de seguridad del paciente.</li> <li>• Ejecutar las estrategias establecidas en el programa para la atención segura del paciente</li> <li>• Implementar y evaluar guías de prevención y control del riesgo.</li> </ul>

Tabla 3. Logros, compromisos y actividades a desarrollar

ÁREA DE GESTIÓN	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE GERENCIA	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	dirigidas a reducir fallas o acciones inseguras que puedan desencadenar un evento adverso.	
	Optimizar el uso de la capacidad instalada y fortalecer el mejoramiento continuo de los indicadores de eficiencia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dinamizar la capacidad instalada de acuerdo con el comportamiento del mercado.</li> <li>Realizar auditoría a la atención de pacientes hospitalizados, evaluando la pertinencia de los servicios prestados y la racionalidad técnico científica.</li> </ul>

### 2.3. Metas anuales

Las metas anuales se estiman a partir de la línea base y el estándar para cada año y finalmente se proyectan para los años comprendidos entre 2012 y 2016.

En la Tabla 4 se presentan las metas anuales para la formulación del plan gerencial comprendido en los años 2012-2016.

Área de Gestión	Indicador	Estándar para cada año				
A	D	F	LINEA BASE 2012	2013	2014	2015
Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Sin dato	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$



Área de Gestión	Indicador	Estándar para cada año				
A	D	F	LINEA BASE 2012	2013	2014	2015
	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	$\geq 0,90$	0,31	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	$\geq 0,90$	0,87	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Financiera y Administrativa 40%	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	$< 0,90$	0,98	$< 0,90$	$< 0,90$	$< 0,90$
	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	$\geq 0,70$	0,01500	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero o con variación negativa	34248987	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	4	4	4	4	4
	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	$\geq 1,00$	1,04	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Extemporáneo	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Extemporáneo	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

Área de Gestión	Indicador	Estándar para cada año				
A	D	F	LINEA BASE 2012	2013	2014	2015
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	$\geq 0,80$	0,80	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
Gestión Clínica Asistencial 40%	Oportunidad en la realización de apendicetomía	$\geq 0,90$	0,96	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	$\geq 0,90$	0,93	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	$\geq 0,90$	0,91	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	Oportunidad en la atención de medicina interna	$\leq 15$	23,77	$\leq 15$	$\leq 15$	$\leq 15$

### 3. Fase de aprobación

Finalizada la fase de formulación y presentado el plan gerencial a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, la resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y 743 del 15 de marzo de 2013, se procede con la revisión, análisis y aprobación por parte de la Junta Directiva de la E.S.E Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas.

### 4. Fase de ejecución

Una vez aprobado el plan de gestión gerencial de la E.S.E Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas, se dará lugar a su ejecución mediante las siguientes pautas:

- Despliegue del plan gerencial a las diferentes áreas de gestión de la entidad en forma de planes de acción, con delegación de responsabilidades.
- Seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencia sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o ajuste de las mismas.
- Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

### 5. Fase de evaluación

Esta última fase consiste en la evaluación por la Junta Directiva de la entidad del informe anual del plan de Gestión Gerencial de la E.S.E Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas.

Se presentará un informe ejecutivo al cierre de cada período a más tardar el 1 de abril de cada año, buscando evidenciar los resultados obtenidos de los indicadores incluidos en el plan. La calificación se realizará siguiendo los criterios que se presentan en la matriz de la Tabla 5.

De acuerdo al análisis que hace el Hospital frente al comportamiento financiero, de calidad, de producción y de recurso humano, estamos cumpliendo a cabalidad con los 8 parámetros de evaluación que determinan la condonabilidad:

- Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Planta de personal.
- Cumplimiento de metas racionalización del gasto en asignaciones básicas de la planta de personal.
- Cumplimiento de metas racionalización del gasto en servicios personales asociados a la nómina.
- Producción de servicios.
- Evolución de los ingresos recaudados por venta de servicios.
- Equilibrio presupuestal con recaudo.
- Equilibrio presupuestal con recaudo.

Tabla 5. Criterios de calificación

Área de Gestión	No.	Indicador	Peso Porcentual	Calificación del resultado			
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	5%	Califique con (0): La ESE No realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican	Califique con (1): si el resultado de la comparación está entre 1,0 y 1,10	Califique con (3) si el resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19	Califique con (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2.
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	5%	Califique con (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50 o la ESE no ha iniciado aplicación de metodologías de mejoramiento continuo	Califique con (1) si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70	Califique con (3) si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89	Califique con (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	10%	Califique con (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50 o si la ESE no cuenta con un plan operativo anual	Califique con (1) si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70	Califique con (3) si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89	Califique con (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90
Financiera y Administrativa 40%	4	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	5,7%	Califique con (0) si el indicador arroja un valor mayor que 1.10	Califique con (1) si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10	Califique con (3) si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99	Califique con (5) si el indicador arroja un valor menor que 0,90
	5	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	5,7%	Califique con (0) si el indicador arroja un valor menor que 0,30	Califique con (1) si el indicador arroja un valor entre 0,30 y 0,50	Califique con (3) si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69	Califique con (5) si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,70

Tabla 5. Criterios de calificación

Área de Gestión	No.	Indicador	Peso Porcentual	Calificación del resultado			
	6	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	5.7%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva	Califique con (1) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es igual a cero	Califique con (3) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	Califique con (5) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero
	7	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	5.7%	Califique con (0) , si durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE presentó menos de dos informes de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la junta directiva	Califique con (1) , si durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE presentó dos informes de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la junta directiva	Califique con (3) , si durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE presentó por lo menos dos informes de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la junta directiva	Califique con (5) , si durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE presentó por lo menos cuatro informes de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la junta directiva
	8	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	5,7%	Califique con (0) si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con (1) si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90	Califique con (3) si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99	Califique con (5) si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00
	9	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	5,7%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento con la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de la Salud o la norma que la sustituya			Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE SI presentó oportunamente la información en cumplimiento con la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de la Salud o la norma que la sustituya

Tabla 5. Criterios de calificación

Área de Gestión	No.	Indicador	Peso Porcentual	Calificación del resultado			
	10	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	5,7%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento con el decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE SI presentó oportunamente la información en cumplimiento con el decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya
Gestión Clínica Asistencial 40%	11	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	8,6%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con (1) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55	Califique con (3) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80
	12	Oportunidad en la realización de apendicetomía	10%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con (1) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con (3) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	13	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	8,6%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con (1) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con (3) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	14	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	8,6%	Califique con (0) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con (1) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con (3) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con (5) si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	15	Oportunidad en la atención de medicina interna	4,3%	Califique con (0) si durante la vigencia	Califique con (1) si durante la vigencia	Califique con (3) si durante la vigencia	Califique con (5) si durante la vigencia

Tabla 5. Criterios de calificación

Área de Gestión	No.	Indicador	Peso Porcentual	Calificación del resultado			
				evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días	evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días	evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días	evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días

CALIFICACIÓN DE LA LÍNEA BASE 2012

Tabla 6. Calificación Línea Base 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
A	B	D	F	I	K	L	M= K*L
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	>=1,20	Sin dato	0	0,050	0
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	>= 0,90	0,31	0	0,050	0
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	>= 0,90	0,87	3	0,100	0,3

Tabla 6. Calificación Línea Base 2012

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Financiera y Administrativa 40%	4	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	<0,90	0,98	3	0,057	0,18
	5	Proporción de medicamentos y material medico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras	>= 0,70	0,015	0	0,057	0
	6	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero o con variación negativa	34248987	0	0,057	0
	7	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)	4	4	5	0,057	0,25
	8	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	>=1,00	1,04	5	0,057	0,3
	9	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Extemporáneo	5	0,057	0,3
	10	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Extemporáneo	5	0,057	0,3
Gestión Clínica Asistencial 40%	11	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	>=0,80	0,8	5	0,086	0,35



**Tabla 6. Calificación Línea Base 2012**

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
	12	Oportunidad en la realización de apendicetomía	$\geq 0,90$	0,96	5	0,100	0,4
	13	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	$\geq 0,90$	0,93	5	0,086	0,35
	14	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	$\geq 0,90$	0,91	5	0,086	0,35
	15	Oportunidad en la atención de medicina interna	$\leq 15$	23,77	1	0,043	0,06
					<b>Calificación línea base</b>		<b>3,44</b>

Manizales, 19 de junio de 2013

*(Original Firmado)*

**WILLIAM ARIAS BETANCURT**  
 Gerente