

Plan de Gestión Gerencial 2016 - 2019

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Departamental Universitario de Caldas, para el periodo 2016-2019. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013. Está 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. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

MARCO LEGAL

- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
- Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN

Mantener y mejorar el estado de salud de la comunidad a través de la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno e integral y la rehabilitación de las enfermedades de mediana y alta complejidad, promoviendo la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención.

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 Departamento de Caldas.

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 Departamento de Caldas.
- 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 Departamento de Caldas.
- 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.

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	129
Consultorios de Urgencias	2
Consultorios Externos	15
Quirófanos	5

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS)

GLOSARIO

EFICIENCIA:

La eficiencia mide la relación entre productos obtenidos (metas productos) e insumos utilizados (recursos ejecutados) en un proceso productivo, el cual busca alcanzar la máxima cantidad de productos sin desperdiciar, o aprovechar al máximo los recursos o insumos disponibles; es la comparación entre lo efectivamente realizado y lo propuesto, esta medición busca determinar si se está optimizando la dotación de recursos financieros que tienen disponibles para producir las metas producto.

EFICACIA

La eficacia permite medir el grado de cumplimiento de las metas y productos establecidos en el plan de gestión gerencial y los indicadores alcanzados en términos de productos, calculando el nivel del logro y determinando el grado de cumplimiento a nivel de proyecto, línea y componente del plan. Hace referencia únicamente a la obtención de los resultados y productos.

La evaluación de eficacia se convierte en un componente esencial, donde se mide el grado de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de gestión gerencial. Entre mayor sea el nivel de cumplimiento en las metas trazadas mayor es el nivel de eficacia obtenido y, en consecuencia, mayor será el grado de satisfacción de la institución.

PONDERACIÓN

Es el peso porcentual de cada uno de los indicadores y/o criterios establecidos en una medición determinada, sobre el valor total de las áreas o programas que integran cada uno de los indicadores.

UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR): Es la actualización ajustada de la producción de servicios ofertados en un periodo dado, llevado a valores constantes y comparables con las vigencias anteriores, brindando elementos de evaluación comparativa de eficiencia hospitalaria.

PROPÓSITO:

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E Hospital Departamental Universitario de Caldas, Dr. William Arias Betancurt durante el periodo 2016-2019, para el cual fue nombrado mediante Resolución 1429-1 de 19 de febrero de 2016 y Acta de Posesión N°074 del 31 de marzo de 2016, con efectos legales y fiscales a partir del 01 de abril de 2016.

ELABORACIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- Dirección y Gerencia 20%.
- Gestión Financiera y Administrativa 40%.
- Gestión Clínica y Asistencial 40%.

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se generen la gestión, implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Impresión de los soportes directamente del cuadro de mando integral el cual se encuentra publicado en la intranet.
- Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos
- Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL :

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:

Cumplimiento de los logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de

Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC, y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este indicador la ESE ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables al hospital como IPS, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora, se han desarrollado los planes de mejoramiento respectivos con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.

Prospectivamente la ESE fija su meta no solo en la documentación y estandarización de procesos, sino que va más allá del entrenamiento, apropiación y aplicación de los mismos hacia el logro de los objetivos institucionales.

Tabla 1. Indicadores por áreas de Gestión

No.1 Indicador	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
FORMULA	Indicador nominal			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2013, 2014 y 2015 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación, con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la resolución 123 de enero de 2012, dando una calificación bajo la modalidad de promedio de 1.9, 2.13 y 2.6 respectivamente, la cual nos permitió optimizar los avances de cumplimiento en los diferentes grupos de estándares obtenidos en la institución durante las autoevaluaciones realizadas con la resolución 1445 de 2006.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Institución Acreditada o variación positiva ≥ 1.20 sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20
Proyección de la Calificación	3.12	3.8	Acreditación	Mantenimiento de acreditación. Autoevaluación ≥ 3.5
LINEA BASE	2.6			

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación y posteriormente la acreditación.

2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

El Hospital ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoría con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por la Oficina de Garantía de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

Tabla 2. Indicadores por áreas de Gestión

No.2 Indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad realizada durante la vigencia 2013, 2014 y 2015, 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.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90
Proyección de la Calificación	90%	90%	90%	90%
LINEA BASE	80.1%			

3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar. En este contexto es

importante resaltar que el *Plan de Desarrollo 2016-2019 "La Ruta de la Calidad"* se orienta al fortalecimiento de acciones integradas en el modelo de atención, crecimiento del

portafolio de servicios, actualización de Infraestructura física y tecnológica, implementación un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad de la ESE, desarrollar el sistemas de seguimiento y gestión - enfocado en los más altos estándares de calidad, e implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional.

Tabla 3. Indicadores por áreas de Gestión

No.3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional			
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	De acuerdo con la ejecución de estrategias y acciones establecidas en el cuadro de mando institucional en sus distintas perspectivas de clientes, financiera, procesos internos y desarrollo humano y tecnológico se evidencio un desempeño satisfactorio del 83%, 80% y 87% para la vigencia de 2013, 2014 y 2015 respectivamente.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
Proyección de la Calificación	90%	90%	90%	90%
LINEA BASE	84%			

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

4. Riesgo Fiscal y Financiero

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

Tabla 4. Indicadores por áreas de Gestión

No.4 Indicador	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en Cuanto a la Categorización del Riesgo.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para las vigencias 2013, 2014 y 2015 la institución se ha encontrado categorizada sin riesgo, por tanto no se adoptó un programa de saneamiento fiscal y financiero.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
Proyección de la Calificación	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
LINEA BASE	SIN RIESGO			

Nota: Para la Vigencia 2015 se incluyó este indicador ya que la Dirección Territorial de Salud de Caldas brindo claridad sobre el alcance modificadorio de la Resolución 743 sobre la 710, dónde solo modifica el Indicador de Riesgo Fiscal y Financiero para las ESEs categorizadas en Riesgo Medio o Alto, y se conserva el criterio de la Resolución 710 de 2012 para este indicador en la categoría Sin Riesgo.

5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.

Tabla 5. Indicadores por áreas de Gestión

No.5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida			
FORMULA	[(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)]			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para el Hospital, la empresa ha realizado esfuerzos representativos en fortalecer su eficiencia hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su reporte y consolidación, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE mejorar de manera ostensible, disminuyendo la unidad de valor relativa cada año UVR con respecto a la vigencia anterior.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
<=0,90	<=0,90	<=0,90	<=0,90	<=0,90
Proyección de la Calificación	90%	90%	90%	90%
LINEA BASE	88%			

6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

Tabla 6. Indicadores por áreas de Gestión

No.6 Indicador	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2013, 2014 y 2015 el comportamiento del indicador corresponde a 6%, 8% y 10.3% respectivamente. Es de anotar que la meta establecida en este criterio, difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por la E.S.E no permite un manejo estandarizado el cual pueda ser manejado en su totalidad por el mecanismo sugerido en este ítem.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
Proyección de la Calificación	10.30%	12%	14%	16%
LINEA BASE	10.30%			

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

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

Tabla 7. Indicadores por áreas de Gestión

No.7 Indicador	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			
FORMULA	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)]			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La E.S.E, tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la interventora o supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley, para las vigencias 2013, 2014 y 2015 se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas una variación negativa de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, teniendo un cumplimiento optimo en los resultados de este indicador .			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	0	0	0	0
LINEA BASE	Cero			

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continua realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

Tabla 8. Indicadores por áreas de Gestión

No.8 Indicador	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
FORMULA	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	<p>En cumplimiento de este indicador se realizaron los informes de registro individual de prestación de servicios (RIPS), los cuales fueron debidamente presentados y soportados ante la junta directiva de la institución, información que se encuentra registrada en las actas de junta directiva de las vigencias 2013, 2014 y 2015, dando cumplimiento a la meta esperada en este estándar.</p> <p>Teniendo en cuenta el compromiso de esta administración con la creación y fortalecimiento del sistema de gestión del conocimiento como apoyo para la toma de decisiones se hace necesario la formulación de acciones para el mejoramiento de la gestión de RIPS, como instrumento fundamental para la caracterización de la población, estimación de frecuencia de usos, determinación del perfil epidemiológico, para la correcta toma de decisiones, el establecimiento de planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de la población. Este análisis estará centrado en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y efectividad en el proceso de recolección, procesamiento, validación y análisis del dato, para la generación de información confiable y válida que permita generar conocimiento sobre la situación de salud de la población y orientar de manera efectiva nuestra oferta de servicios, así como el desarrollo de nuevos servicios, orientación de los planes y programas de mercadeo.</p>			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
4	4	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4	4
LINEA BASE	4 Informes de RIPS al año presentados a la Junta Directiva			

9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

Tabla 9. Indicadores por áreas de Gestión

No.9 Indicador	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
FORMULA	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.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La empresa realizo diversas estrategias en el manejo de la empresa enfocadas a la eficiencia de los resultados institucionales, contención de costos, optimización de la información de producción, descuentos por pronto pago, adquisición de medicamentos mediante la aplicación de estrategias jurídicas y aprovechamiento de economía de escala, aunado a los esfuerzos en la gestión de la cartera con las diferentes EPS; aspectos que favorecieron los resultados de eficacia institucional permitiéndonos terminar la vigencia con un indicador de equilibrio presupuestal de 1.14, 1.15 y 1.24, dando cumplimiento al indicador de manera satisfactoria.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
> = 1,00	> = 1,00	> = 1,00	> = 1,00	> = 1,00
Proyección de la Calificación	> = 1,00	> = 1,00	> = 1,00	> = 1,00
LINEA BASE	1.17			

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

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 10. Indicadores por áreas de Gestión

No.10 Indicador	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			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La empresa realizó la presentación de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

En relación a estos indicadores el hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

Tabla 11. Indicadores por áreas de Gestión

No.11 Indicador	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	La empresa presento los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envió del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra la Gestión Ambulatoria, Gestión de Hospitalización y Cirugía, Gestión de Salud Pública y la Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones, para una atención en salud apropiada en circunstancias clínicas concretas". Surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. La implementación de las guías clínicas en la prestación de servicios de salud ha demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. Razón por la cual se debe generar un proceso sistemático de evaluación y aplicación de las mismas.

Tabla 12. Indicadores por áreas de Gestión

No.12 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida			
FORMULA	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 causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Para este indicador se toma del perfil epidemiológico de la empresa, en el cual se evidencia que la primera causa de egreso hospitalario de morbilidad atendida en las vigencias 2013, 2014 y 2015 fue el Infarto Agudo de Miocardio; en el caso de adherencias a las guías médicas se tiene estipulado que la revisión de las historias clínicas de los pacientes con este diagnóstico de egreso serán escogidos por muestreo aleatorio, estas revisiones se realizan a través de una lista de chequeo derivada de los parámetros establecidos en cada guía. El resultado de la auditoría arroja un resultado del 85%, 86% y 91,18% respectivamente siendo satisfactorio para este indicador.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80
Proyección de la Calificación	>=0,80	>=0,80	>=0,80	>=0,80
LINEA BASE	87.4%			

13. Oportunidad en la realización de apendicetomía

Tabla 13. Indicadores por áreas de Gestión

No.13 Indicador	Oportunidad en la realización de apendicetomía			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Durante las vigencias 2013, 2014 y 2015 se presentaron 68, 63 y 74 casos diagnosticados como apendicitis, a los cuales se les realizó procedimiento de auditoría, auditando el 100% de los historias clínicas, las cuales presentaron oportunidad en la realización de la cirugía dentro de las primeras seis horas después del diagnóstico del 78%, 73% y 90.54% respectivamente; del análisis realizado se identificaron las situaciones que promovieron el incumplimiento generando acciones de mejora para la optimización de los resultados institucionales enfocados en resultados clínicos.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
Proyección de la Calificación	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
LINEA BASE	80.5%			

14. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM).

Tabla 14. Indicadores por áreas de Gestión

No.14 Indicador	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	El infarto agudo de miocardio es la principal causa 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 ingresan como urgencia vital y otros remitidos por otras IPS, el procedimiento de auditoría presenta un resultado del 74%, 94% y 100% para los años 2013, 2014 y 2015, identificándose las situaciones intervenibles que impiden dar cumplimiento al indicador, con el fin de generar oportunidades de mejoramiento.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
Proyección de la Calificación	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
LINEA BASE	89.33%			

15. Análisis de mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial empleado con más frecuencia, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria sin olvidar que está influenciada por otros factores como, la patología atendida, la estructura poblacional, el nivel socio- económico del paciente y la accesibilidad a los servicios. Por otro lado, el análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria.

Tabla 15. Indicadores por áreas de Gestión

No.15 Indicador	Análisis de mortalidad intrahospitalaria
FORMULA	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
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Al interior de la institución se realizó la revisión del 100%, 90% y 90.5% de los casos de mortalidad intrahospitalaria en las vigencias 2013, 2014 y 2015 respectivamente, identificándose las causa específicas para determinar posibilidades de intervención de la empresa, su revisión se realiza a través del manual metodológico de análisis de mortalidad intrahospitalaria, adoptado por la institución, dando 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 casos son analizados en el comité de vigilancia epidemiológica, con el fin de generar oportunidades de mejoramiento.			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
Proyección de la Calificación	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
LINEA BASE	93.5%			

16. Oportunidad en la atención de medicina interna

Tabla 16. Indicadores por áreas de Gestión

No.16 Indicador	Oportunidad en la atención de medicina interna			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES	La empresa cuenta con el indicador de oportunidad de atención en medicina interna, el cual permite la realización del seguimiento e intervenciones frente a las variaciones presentadas. Dentro del proceso de asignación de citas, se dio aplicación a la resolución 1552 de 2013 lo que propicio el cumplimiento de la meta del indicador. Para los Años 2013, 2014 y 2015 los resultados de este indicador fueron:13, 10,3 y 13 respectivamente			
ESTANDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
Proyección de la Calificación	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
LINEA BASE	13 Días			

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL :

Elaboración y presentación del informe de anual:

El gerente de La ESE Hospital Departamental Universitario de Caldas presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las

causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Calificación del informe anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 "Matriz de Calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

Interpretación de Resultados

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

ESCALA DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0 - 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70 %
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70 %

Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles. Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del gerente.

WILLIAM ARIAS BETANCURT
Gerente.
Original Firmado