



PLAN DE GESTIÓN 2020-2023

HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E. LÉRIDA - TOLIMA

**DRA. SANDRA LILIANA ROJAS
CAMARGO
GERENTE**

JUNIO 2020

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



JUNTA DIRECTIVA

DR. JOSE RICARDO OROZCO VALERO
Gobernador del Tolima
Presidente de la Junta

JORGE BOLIVAR TORRES
Secretario de Salud del Tolima (e)

OVEIDA RÍOS
Sector Comunitario: Alianzas o asociaciones de usuarios

IVONNE MELISSA REYES SAENZ
Sector Comunitario: Gremios de producción

LILIANA CRUZ TOVAR
Representante Sector Científico
(1er Miembro: elegido por profesionales de la institución)

ASTRID ALEXANDRA MONTALVO MACHADO
Representante Sector Científico
(3er Miembro: Representante de las Universidades)

LEONOR GIL MOLANO
Comités de Participación Ciudadana

DRA. SANDRA LILIANA ROJAS CAMARGO
Gerente HEGI
Secretaria Técnica de la Junta

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



INTRODUCCIÓN

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011 por la cual el Congreso de la República de Colombia, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió entre otras disposiciones los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación de los planes de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial; por tanto, es obligatoria por parte de la gerencia de las Empresas Sociales del Estado, la presentación de los Planes de Gestión que desarrollará en el periodo que se encuentre direccionando la institución.

El Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, emitió la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 sustituyendo los anexos 2, 3 y 4 adoptados por la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Por lo anterior, le corresponde a la actual Gerente le corresponde presentar ante la Junta Directiva el Plan de Gestión que desarrollará en el periodo de 2020 - 2023, de acuerdo a la normatividad vigente.

De acuerdo al Anexo 2 de la resolución 408 del 15 de febrero de 2018, el Plan de Gestión lo componen tres (3) áreas de gestión, con el porcentaje de ponderación que se relaciona a continuación:

Dirección y gerencia 20%
Financiera y administrativa 40%
Gestión clínica o asistencial 40%

De acuerdo al Tipo de ESE, al Hospital Especializado Granja Integral E.S.E de Lérica le aplican catorce (14) indicadores que permiten evaluar el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Gestión.

En el presente documento se establece el plan de gestión de la entidad donde se relacionan los indicadores con sus respectivas formulas y metas, el cual está enmarcado bajo las directrices trazadas por la resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la resolución 743 de 2013, y la resolución 408 de 2018 y cada uno de sus decretos reglamentarios; encaminado a armonizar el Plan de Desarrollo Institucional departamental y nacional en pro del mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud mental, fortaleciendo las áreas de gestión que componen dicho Plan.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES

OBJETIVO GENERAL

Establecer el Plan de Gestión del periodo 2020-2023, su campo de acción y líneas de trabajo, definiendo los indicadores y metas según normatividad vigente, para la evaluación de 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 del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir lineamientos sobre el desarrollo de las cinco fases que enmarca el Plan de Gestión.
- Definir los indicadores aplicables y las metas para el período para el cual ha sido designada la actual Gerente.
- Definir los compromisos de la Gerente ante la Junta Directiva de la entidad, que contenga entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

ALCANCE

El presente documento abarca las fases de preparación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del Plan de Gestión, según normatividad vigente; convirtiéndose en el referente institucional para fortalecer la gestión del Hospital a través del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud mental y la sostenibilidad financiera de la institución.

MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993 Artículo 192.
Ley 1122 de 2007 Artículo 2 y 28.
Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74.
Decreto 139 de 1996 Artículo 4.
Decreto 357 de 2008.
Resolución 0710 de 2012 y sus anexos técnicos.
Resolución 0408 de 2018 y sus anexos técnicos.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



CAPITULO II: CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN

De acuerdo con la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, el plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado se constituye en el documento que refleja los compromisos que el director o gerente establece ante la junta directiva de la entidad, los cuales deben contener, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínica o asistencial y las metas, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social, que sin ir en contravía de la planeación general de la empresa, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en la presente resolución.

El plan de gestión, como el instrumento idóneo y exigible al director o gerente, para su aprobación y evaluación por parte de la respectiva junta directiva, deberá reflejar los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación como función a cargo de dicho servidor público.

La gestión de la actual Gerente del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E de Lérica estará encaminada hacia el cumplimiento de la filosofía institucional “Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad” y la aplicación del mejoramiento continuo en los procesos de la institución para brindar servicios de salud mental acordes a los estándares de calidad en servicios de salud establecidos por el Gobierno Nacional, logrando la satisfacción de las partes interesadas.

Conforme a la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 el Plan de Gestión del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E de Lérica contiene indicadores para el período para la cual fue asignada la actual Gerente, determinando las metas que deberán ser evaluadas anualmente sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 710 de 2012, el plan de gestión del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E de Lérica contiene de forma ordenada y coherente:

- Las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el anexo 2 de la presente resolución.
- El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



El plan de gestión resultó de las actividades desarrolladas en las fases de preparación, formulación y aprobación; el cual será ejecutado y evaluado según lineamientos normativos.

FASE DE PREPARACIÓN:

Se identificaron las fuentes de información para establecer la línea base y formular el plan de gestión.

En primer lugar se definieron los indicadores que le corresponden al Hospital de acuerdo con el nivel de atención, en nuestro caso por ser un hospital mental se tomaron los indicadores establecidos en el anexo 2 que corresponden a este tipo de instituciones.

Área De Gestión: Dirección y Gerencia

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud
3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

Área De Gestión: Administrativo y Financiero

5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)
6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos
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
8. Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS
9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.
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.
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



Área De Gestión: Clínica y Asistencial

27. Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE
28. Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)
29. Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)
30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica

Para definir la línea base, se realizó evaluación de los indicadores del periodo enero a diciembre del año 2019; en el caso de los indicadores del área asistencial producción se toma como base la información a Corte Diciembre 31 de 2019, en el caso de la información financiera se deja como base la información a Diciembre de 2019, de acuerdo con las recomendaciones de la Resolución 408 del 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**TABLA 1
DEFINICION DE INDICADORES, SEGÚN RES. 408 DE 2018**

Área de gestión	Número del indicador	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Fuente de Información
A	B	C	D	E	F	G
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
	2	Nivel II	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de la auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	$\geq 0,9$	Plan de Mejoramiento Estándares de Acreditación vigencia evaluada. Superintendencia Nacional de Salud
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	Plan Estratégico vigencia evaluada. Informe del responsable de planeación de la ESE que contenga como mínimo lo estipulado en el anexo 2 de la resolución 408 de 2018.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel II	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	[(gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación- sin incluir cuentas por pagar/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social. Ejecución del gasto vigencia evaluada. Calculo UVR vigencia evaluada.
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: compras conjuntas, compras a través de cooperativas de ESE y/o compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,7	Certificación por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE con los datos mínimos que estipula el anexo 2 de la Resolución 408 de 2018.
	7	Nivel II	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic. vigencia anterior valores constante	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
	8	Nivel II	Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	4	Informe del responsable de planeación de la ESE, soportando en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe
	9	Nivel II	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de las vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de	≥1	Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



	10	Nivel II	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.	vigencias anteriores) Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia nacional de salud
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de salud y protección social
	27	Nivel II	Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de la evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de evaluación	≥0,8	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
Gestión Clínica y Asistencial 40%	28	Nivel II	Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas en la vigencia objeto de evaluación	≥0,8	Informe conjunto del Comité de Historias Clínicas y del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía para la prevención de fuga de pacientes hospitalizados definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
	29	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación, a quienes se les aplicó	≥0,8	Informe conjunto del Comité de Historias Clínicas y del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



			hospitalarios)	estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad / Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación		que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía para la prevención de suicidios en pacientes tratados en la ESE ambulatorios y hospitalizados, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
	30	Nivel II	Oportunidad en la consulta psiquiátrica	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 psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de evaluación	≤10	Informe de subgerencia científica o quien haga sus veces que como mínimo contenga fuente de información y aplicación de la fórmula del indicador.

FASE DE FORMULACIÓN:

Se realizó diagnóstico inicial del Hospital para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz, relacionando escenario actual tanto de forma cuantitativa como cualitativamente, asimismo, se relaciona el escenario futuro, permitiendo conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la institución mediante las actividades que se plantean.

Lo anterior se refleja en el diligenciamiento de los siguientes cuadros que contienen las variables planteadas en el anexo 1 de la Resolución 710 de 2012:

TABLA 2
DEFINICION DE LINEA BASE DE INDICADORES

Área de gestión	Número del indicador	Indicador	Línea de base	Observaciones
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.01	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0.91	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0.94	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	1.25	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	1.00	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	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	0.00	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	8	Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS	4.00	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	1.03	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	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.	presentación oportuna	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	presentación oportuna	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
Gestión Clínica y Asistencial 40%	27	Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	0.81	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	28	Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0.50	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	29	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0.50	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020
	30	Oportunidad en la consulta psiquiátrica	10.30	Información obtenida de la evaluación del Plan de gestión 2017-2020

TABLA 3
DEFINICION DE METAS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR INDICADOR

Área de gestión	Número del indicador	Indicador	Logros o compromisos planteados para el período de gerencia	Actividades generales a desarrollar
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Lograr en cada vigencia, un resultado del indicador mínimo de 1.01	Realizar seguimiento y evaluación a los estándares.
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Ejecutar en cada vigencia, mínimo un 90% las acciones de mejoramiento programadas para la	Desarrollar el PAMEC, generar cronograma de actividades y asignar presupuesto, planes de mejoramiento.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



			vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Cumplir en cada vigencia, mínimo un 90% las metas del plan operativo anual programadas.	Realizar seguimiento y evaluación a los POA y del Plan Estratégico por parte de la Oficina de Planeación.
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	Lograr para los años 2020 y 2021 un resultado mínimo en el indicador de 1.10 y para los años 2022 y 2023 mínimo 0,99.	Implementar estrategias para aumentar la producción en relación a la consulta externa. Planificar el recurso Humano de forma efectiva para la asignación de citas en los términos mínimos establecidos. Control y seguimiento a los costos y gastos que tiene la ESE.
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	Que en cada vigencia, como mínimo el 70% de las adquisiciones de medicamentos y material médico se realicen por compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado o mecanismos electrónicos.	Realizar como mínimo el 70% del total de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a cooperativas de Empresas Sociales del Estado. Control y seguimiento a la ejecución del contrato de farmacia para evitar posibles complicaciones en el suministro de medicamentos y material médico-quirúrgico.
	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	Que la variación de la vigencia evaluada frente a la vigencia anterior, en relación a la deuda de salarios del personal de planta y de contratación de servicios, sea negativa o en el mejor de los escenarios la deuda se sea cero al cierre de la vigencia.	Dar cumplimiento oportuno a los compromisos que se adquieren por obligaciones laborales y servicios personales indirectos siempre y cuando el flujo de caja lo permita.
	8	Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS	En cada vigencia, elaborar y presentar ante la Junta Directiva de la ESE, 4 informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RIPS.	Efectuar reunión de Junta Directiva donde se analice trimestralmente los servicios de salud con base a los RIPS, dejando constancia en la respectiva acta.
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	Al cierre de cada vigencia lograr un resultado del indicador igual o mayor a 0,91.	Realizar seguimiento continuo a los ingresos sobre los gastos adquiridos que los cubra en su totalidad o que sean mayores a los compromisos para garantizar un óptimo cierre la vigencia y evitar un desequilibrio presupuestal.
	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.	En cada vigencia, presentar oportunamente los informes.	Realizar los informes respectivos en las fechas establecidas por el personal que le corresponda y de acuerdo a la normatividad y reportarlos oportunamente.
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	En cada vigencia, presentar oportunamente los informes.	Realizar los informes respectivos en las fechas establecidas por el personal que le corresponda y de acuerdo a la normatividad y reportarlos oportunamente.	

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



Gestión Clínica y Asistencial 40%	27	Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	Que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas, apliquen estrictamente las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad	Aplicar la guía de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE. Desarrollar auditorías a historias clínicas verificando la estricta aplicación de la guía de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad.
	28	Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia, apliquen estrictamente la guía de prevención de fugas en pacientes hospitalizados de la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Aplicar la guía de prevención de fugas en pacientes hospitalizados de la ESE (ambulatoria y hospitalaria). Revisar y ajustar el instrumento de lista de chequeo para desarrollar auditoría interna a aplicación de la guía de prevención de fugas. Desarrollar auditorías a historias clínicas de pacientes que registraron fugas, verificando la estricta aplicación de la guía de prevención de fugas.
	29	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas de pacientes que registraron intento de suicidio durante la vigencia, apliquen estrictamente la guía de prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	Aplicar la guía de prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE. Revisar y ajustar el instrumento de lista de chequeo para desarrollar auditoría interna a aplicación de la guía de prevención de suicidio. Desarrollar auditorías a historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio, verificando la estricta aplicación de la guía de prevención de suicidio.
	30	Oportunidad en la consulta psiquiátrica	Mejorar la oportunidad de consulta especializada en cada vigencia hasta lograr que en el 2023 sea igual o menor a 10 días.	Implementar estrategias para aumentar la producción en relación a la consulta externa. Optimizar los tiempos de utilización de consultas externas. Distribuir de forma efectiva las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales.

TABLA 4.
DEFINICION DE METAS Y LOGROS POR VIGENCIA

Área de gestión	Número del indicador	Indicador	Meta Año 1 (2020)	Meta Año 2 (2021)	Meta Año 3 (2022)	Meta Año 4 (2023)
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,01	1,01	1,01	1,01
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	≤1.10	≤1.10	≤0.99	≤0.99

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
	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	Deuda con variación interanual negativa			
	8	Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS	4	4	4	4
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	$\geq 0,91$	$\geq 0,91$	$\geq 0,91$	$\geq 0,91$
	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.	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna
Gestión Clínica y Asistencial 40%	27	Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
	28	Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
	29	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
	30	Oportunidad en la consulta psiquiátrica	< 19	< 19	< 14	< 10

FASE DE APROBACIÓN

De acuerdo al anexo 1 de la resolución 710 de 2012, En esta fase, el Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Gerente se entenderá aprobado.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

En cumplimiento a lo anterior, la actual gerente presentó dentro de los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva del Hospital, el cual fue aprobado por esta instancia expidiendo Acuerdo mediante el cual adopta el presente documento dejando constancia en la respectiva acta de sesión.

FASE DE EJECUCIÓN

Aprobado el plan de gestión, será ejecutado por la actual Gerente, desarrollando las siguientes actividades:

1. Despliegue del Plan de Gestión aprobado a las áreas y unidades de gestión del Hospital, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. Seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión aprobado.

FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación del Plan de Gestión aprobado se realizará con periodicidad anual, para ello la Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año.

El informe anual de gestión del gerente del Hospital deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, 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 estas 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

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

No obstante a lo anterior, la Oficina de Planeación y Calidad del Hospital, efectuará seguimiento trimestral a los indicadores del Plan de Gestión, con el fin de determinar el avance en relación al cumplimiento de las metas establecidas en la vigencia, el resultado será socializado en Comité de Gestión y Desempeño.

Las fichas de los indicadores por áreas de gestión, las cuales resumen las tablas 1, 2,3 y 4 descritas en el presente documentos, se relacionan a continuación:

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA					
INDICADOR			FORMULA		
1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		
ESCENARIO ACTUAL:					
Respecto a la vigencia 2019, se realizó el ciclo 11 del cierre de autoevaluación para verificar el nivel de avance en el mejoramiento institucional, el cual tuvo una calificación de 3.13, un 1% superior al promedio de calificación obtenido en la vigencia 2018.					
LÍNEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	3,13				
Variable No. 2 : Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	3,1	1,01	1	0,05	0,05
ESCENARIO FUTURO:					
Implementar acciones que permita cumplir los requisitos de los estándares de acreditación y se mejore la calificación los ciclos 12 al 15, para una futura postulación a la acreditación; obteniendo como mínimo un resultado en el indicador de 1,01 en cada vigencia.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia /Promedio de la calificación de la auto evaluación en la vigencia anterior	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA					
INDICADOR		FORMULA			
2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud		Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de la auditorias realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC			
ESCENARIO ACTUAL:					
Respecto a la vigencia 2019, las acciones de mejora derivadas de las auditorías realizadas, se cumplieron en un 91%, por cuanto se ejecutaron 30 acciones de 33 programadas.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : No. Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de la auditorias realizadas	30	0,91	5	0,05	0,25
Variable No. 2 : Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	33				
ESCENARIO FUTURO:					
Emprender los correspondientes planes de mejoramiento, ejecutando en cada vigencia mínimo un 90% las acciones de mejoramiento programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,91	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de la auditorias realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	0,91	0,99	0,99	0,99	0,99

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA					
INDICADOR			FORMULA		
3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional			Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		
ESCENARIO ACTUAL:					
Las metas planteadas para la vigencia 2019, se cumplieron en un 94% por cuanto se cumplieron 22 de 23 programadas.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	21,5	0,94	5	0,1	0,5
Variable No. 2 : Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	23				
ESCENARIO FUTURO:					
Continuar el seguimiento al cumplimiento de las metas de los Planes Operativos Anuales y Plan Estratégico, emprender las acciones programadas, ejecutando en cada vigencia mínimo un 90% las metas del Plan Estratégico.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0,94	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,94	0,90	0,90	0,90	0,90

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
5. Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida (1)			$\frac{[(\text{gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar}/\text{Número de UVR producidas en la vigencia})/(\text{Gasto comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de evaluación- sin incluir cuentas por pagar}/ \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1,247}$		
ESCENARIO ACTUAL:					
La variación del gasto por unidad producida presenta una variación creciente de 0.87 (2018) a 1.25 (2019) valor presentado por aumento en los gastos de funcionamiento y disminución de la unidad de valor relativa de producción. En lo corrido de la vigencia 2020 la producción ha disminuido debido a la pandemia COVID-19 por tanto, se proyecta iniciar con una meta de 1,10.					
LINEA BASE					
indicador			2018	2019	
gasto comprometido en la vigencia a precios constantes (EN MILLONES)			\$ 7.296,00	\$ 7.960,91	
producción por UVR			645.823,00	565.000,90	
RESULTADO DEL INDICADOR			0,0113	0,0141	
			1,247		
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado	0,0141	1,25	0	0,057	0
Variable No. 2 :Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior	0,0113				
ESCENARIO FUTURO:					
Mejorar la producción implementando alternativas ante la situación y controlar los gastos, con el fin de mantener el equilibrio financiero y lograr para los años 2020 y 2021 un resultado mínimo en el indicador de 1.10 y para los años 2022 y 2023 mínimo 0,99.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Evolución del gasto por unidad de valor relativa producida (2)	1,25	$\leq 1,10$	$\leq 1,10$	$\leq 0,99$	$\leq 0,99$
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p / No. UVR producidas en el año evaluado / Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes / No. UVR producidas en el año anterior.	1,25	1,10	1,10	0,99	0,99

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
6. Proporción de medicamentos y material medico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos			Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: compras conjuntas, compras a través de cooperativas de ESE y/o compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.		
ESCENARIO ACTUAL:					
El total de las compras de medicamentos e insumos médico quirúrgicos que ha realizado el Hospital, un 100% se ha efectuado con la cooperativa de hospitales del Tolima COODESTOL, velando por el control de precios y calidad de los medicamentos e insumos					
LINEA BASE:					
indicador					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por compras conjuntas, cooperativas ESE y/o mecanismos electrónicos	\$ 205.505.549	1,00	5	0,057	0,28571429
Variable No. 2 :Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por LA ESE (cifras en miles de pesos)	\$ 205.505.549				
ESCENARIO FUTURO:					
Que en cada vigencia, como mínimo el 70% de las adquisiciones de medicamentos y material médico se realice a la Cooperativa de Hospitales del Tolima, que garantice economía en los precios, calidad de los productos y oportunidad de entrega.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Proporción de medicamentos y material medico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos	1,00	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por compras conjuntas, cooperativas ESE y/o mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por LA ESE	1,00	0,70	0,70	0,70	0,70

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior			Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic. vigencia anterior valores constante		
ESCENARIO ACTUAL:					
El Hospital conservó el equilibrio debido a que comprometió sus gastos de acuerdo a los recaudos. Para el cierre del año 2019 no quedaron deudas superiores a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios. En lo corrido de la vigencia 2020, han disminuido los ingresos debido a la pandemia COVID-19.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 Dic de la vigencia evaluada	-	-	5	0,057	0,28571429
Variable No. 2 :Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic vigencia anterior valores constantes	-				
ESCENARIO FUTURO:					
Se espera que con la gestión de la ESE y el manejo en el compromiso del gatos se logre mantener el equilibrio financiero del Hospital, garantizando el pago oportuno de las deudas a empleados; sin embargo, se proyecta en cada vigencia que la variación de la vigencia evaluada frente a la vigencia anterior, en relación a la deuda de salarios del personal de planta y de contratación de servicios, sea negativa o en el mejor de los escenarios la deuda se sea cero al cierre de la vigencia.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 Dic de la vigencia evaluada - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic vigencia anterior valores constante	0	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa	Deuda con variación interanual negativa

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
8. Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS			Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.		
ESCENARIO ACTUAL:					
En la vigencia 2019 se presentó a la Junta Directiva, cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RIPS: Corte a 31/12/18 se rindió el 27/02/19 Acta 01, Corte a 31/03/18 se rindió el 28/05/19 Acta 05, Corte a 30/06/18 se rindió el 06/08/19 Acta 07, Corte a 30/09/18 se rindió el 28/11/19 Acta 09.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación	4	4	5	0,057	0,28571429
ESCENARIO FUTURO:					
El equipo directivo continuará analizando la información generada en el registro individual de prestación de servicios de salud y en cada vigencia la Gerente presentará ante la Junta Directiva de la ESE, 4 informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RIPS.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Utilización de información de registro individual de presentaciones-RIPS	4	4	4	4	4
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
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	4	4	4	4

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.			Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de las vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)		
ESCENARIO ACTUAL:					
En la vigencia 2019 los recaudos de financiaron en su totalidad los compromisos adquiridos y dejaron un remanente para la siguiente vigencia. Sin embargo, en lo corrido de la vigencia 2020, los ingresos han disminuido debido a la pandemia CONVID-19.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable No. 1 : Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de la evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de las vigencias anteriores)	8.257.443.728	1,03	5	0,057	0,28571429
Variable No. 2 : Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	8.055.228.405				
ESCENARIO FUTURO:					
Implementar estrategias de mejoramiento continuo en el recaudo para responder ante los compromisos mínimos adquiridos para el normal funcionamiento de la institución y la inversión en proyectos de crecimiento y fortalecimiento institucional. Se proyecta que al cierre de cada vigencia, se logre un resultado del indicador igual o mayor a 0,91.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1,03	≥0,91	≥0,91	≥0,91	≥0,91
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	1,03	0,91	0,91	0,91	0,91

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
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		
ESCENARIO ACTUAL:					
Se ha registrado un cumplimiento al 100% de la presentación de los informes ante la Superintendencia Nacional de Salud					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Entregado con oportunidad	presentación oportuna	presentación oportuna	5	0,057	0,28571429
ESCENARIO FUTURO:					
Mantener la entrega oportuna de información con datos coherentes y veraces sobre el Hospital. Además, analizarla para la toma oportuna de decisiones.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
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.	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
INDICADOR			FORMULA		
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.			Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación		
ESCENARIO ACTUAL:					
Durante las últimas vigencias se ha realizado la entrega oportuna de los informes ante el Ministerio en los periodos establecidos.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación	presentación oportuna	presentación oportuna	5	0,057	0,28571429
ESCENARIO FUTURO:					
Mantener la entrega oportuna de información con datos coherentes y veraces sobre el Hospital. Además, analizarla para la toma oportuna de decisiones.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2017	2018	2019	2020
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna	presentación oportuna

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: CLINICA Y ASISTENCIAL					
INDICADOR		FORMULA			
27. Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE		Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de la evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de evaluación			
ESCENARIO ACTUAL:					
En la vigencia 2019 se realizó auditoria a las guías de psiquiatría a un total de 43 historias clínicas correspondientes Esquizofrenia, Trastorno Mixto y de ansiedad y Trastorno mental y del Comportamiento debido al Uso de Sustancias Psicoactivas y Trastorno Afectivo Bipolar de las cuales 35 cumplieron con la aplicación estricta de la guía de manejo.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Variable N° 1: Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de la evaluación	35	0,81	5	0,1	0,5
Variable N° 2: Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de evaluación	43				
ESCENARIO FUTURO:					
Se buscará mejorar la adherencia del personal asistencial a las las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad, para que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas, apliquen estrictamente dichas guías.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad de la ESE	0,81	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE/Total de Historias clínicas para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) auditadas en la vigencia	0,81	0,80	0,80	0,80	0,80

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: CLINICA Y ASISTENCIAL					
INDICADOR			FORMULA		
28. Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)			Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas en la vigencia objeto de evaluación		
ESCENARIO ACTUAL:					
Durante la vigencia 2019 para una muestra de 20 historias clínicas, se evidenció la aplicación correcta de guía para prevención de fugas en 10 historias clínicas.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación	10	0,50	1	0,1	0,1
Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas en la vigencia objeto de evaluación	20				
ESCENARIO FUTURO:					
Continuar desarrollando el programa de seguridad del paciente con el fin de disminuir riesgos durante la atención, implementando las barreras de seguridad necesarias para prevenir el riesgo de fugas, de esta manera lograr que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia, apliquen estrictamente la guía de prevención de fugas en pacientes hospitalizados de la ESE (ambulatorios y hospitalarios).					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Evaluación de la aplicación de las guías de prevención de fugas en pacientes hospitalizados de la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0,50	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad/Total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia	0,50	0,80	0,80	0,80	0,80

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: CLINICA Y ASISTENCIAL					
INDICADOR			FORMULA		
29. Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)			Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación, a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad / Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación		
ESCENARIO ACTUAL:					
Durante la vigencia 2019 para una muestra de 20 historias clínicas, se evidenció la aplicación estricta de la guía para la prevención del suicidio en 10 historias clínicas.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación, a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad	10	0,50	1	0,1	0,1
Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación	20				
ESCENARIO FUTURO:					
Continuar desarrollando el programa de seguridad del paciente con el fin de disminuir riesgos durante la atención, con lo cual se espera identificar previamente los riesgos de presentar intentos de suicidios, de esta manera lograr que en cada vigencia, el 80% o más de las historias clínicas auditadas de pacientes que registraron intento de suicidio durante la vigencia, apliquen estrictamente la guía de prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Evaluación de la aplicación de las guías de prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0,50	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención del suicidio de pacientes tratados en la ESE adoptada por la entidad/Total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron intento de suicidio durante la vigencia	0,50	0,80	0,80	0,80	0,80

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



AREA DE GESTION: CLINICA Y ASISTENCIAL					
INDICADOR			FORMULA		
30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica			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 psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de evaluación		
ESCENARIO ACTUAL:					
La consulta especializada registró durante el 2019 una oportunidad promedio de 10,3 días, según reporte del sistema SIHOS.					
LINEA BASE:					
Variable	Resultado de la variable del indicador	línea base	Calificación	<	resultado ponderado
Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita	49296	10	5	0,1	0,5
Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la vigencia	4786				
ESCENARIO FUTURO:					
Mejorar la oportunidad de consulta especializada en cada vigencia hasta lograr que en el 2023 sea igual o menor a 10 días.					
METAS PARA EL CUATRIENIO					
Indicador	Línea base	2020	2021	2022	2023
Oportunidad en la consulta psiquiátrica	10,3	≤19	≤19	≤14	≤10
formula	Línea base	resultado	resultado	resultado	resultado
Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la vigencia	10,3	19	19,00	14,0	10

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



Para la evaluación se hará uso de la siguiente matriz de calificación, la cual corresponde al anexo 4 de la resolución 408 de 2018.

HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL DE LÉRIDA TOLIMA								
ANEXO 4. MATRIZ DE CALIFICACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2020-2023								
VIGENCIA _____								
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*I
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel II	1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,01			0,05	
	2	Nivel II	2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,91			0,05	
	3	Nivel II	3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0,94			0,1	
Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel II	5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	1,25			0,057	
	6	Nivel II	6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) compras a través de mecanismos electrónicos	1,00			0,057	
	7	Nivel II	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	0			0,057	
	8	Nivel II	8. Utilización de información de Registro Individual de Presentaciones - RIPS	4			0,057	
	9	Nivel II	9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	1,03			0,057	
	10	Nivel II	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.	presentación oportuna			0,057	
	11	Nivel II	11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	presentación oportuna			0,057	
Gestión Clínica y Asistencial 40%	27	Exclusivo Mentales	27. Evaluación de la aplicación de las guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	0,81			0,1	
	28	Exclusivo Mentales	28. Evaluación de la aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0,50			0,1	
	29	Exclusivo Mentales	29. Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	0,50			0,1	
	30	Exclusivo Mentales	30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica	10,30004179			0,1	

Rango Claificación (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%

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”