



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE

PLAN DE GESTIÓN 2016-2019 (Aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva 020 de 2016)

PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, 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.

La formulación del Plan de Gestión, permite establecer una carta de navegación a mediano plazo para la entidad, ya que parte de la identificación de aquellas prioridades vitales para el desarrollo institucional, las cuales tienen un impacto directo sobre el usuario, los procesos, el personal, la infraestructura y las principales variables económicas y financieras.

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 de 2012 y la Resolución 0743 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.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
- Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos 01 y 05
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.



Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (4) 4448330 Fax: (4) 4527479
Línea de atención 018000 417474 – Nit: 890-905-166-8-www.homo.gov.co



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

Elaboración

La Resolución 710 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva del Hospital para el cuatrienio y es aquel en donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo 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 siguientes áreas:

- Gestión de Dirección y Gerencia: Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Gestión Financiera y Administrativa: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud.
- Gestión Clínica o Asistencial: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.



Aprobación

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011:

El Gerente del Hospital, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión.

La Junta Directiva del Hospital deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.

El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

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

FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

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 elemento estratégico que plantea un modelo de gestión que permitirá a la entidad avanzar en los procesos de mejora continua.

1. Mejoramiento Continuo de la 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 desarrolla mediante la implementación del PAMEC.

Nº 1 Indicador	Mejoramiento continuo de la Calidad aplicable a las Entidades Acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
Fórmula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior
Estado actual	Para las vigencias anteriores se realizó autoevaluación frente a los estándares contenidos en la Resolución 123 de 2012, priorización de estándares y definición de planes de mejoramiento para los estándares priorizados. Para la autoevaluación de la vigencia 2015, se obtuvo una calificación de 2,1.



ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
ENTRE 1 y 1,19	2,1	Entre 1 y 1,10 2.2	Entre 1,11 y 1,19 2.5	Entre 1,11 y 1,19 (2.8)	Entre 1 y 1,10 (2.9)

ACTIVIDADES Y ACCIONES
<p>Conformación de equipos de autoevaluación Capacitación a equipos en metodología de autoevaluación de estándares Realización de autoevaluación de estándares a la luz de lo establecido en las normas vigentes. Priorización de estándares u oportunidades de mejoramiento Formulación, implementación y seguimiento a planes de mejoramiento, Comunicación y retroalimentación de resultados</p>

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

El Hospital ha definido mecanismos para evaluación del cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, dichos seguimientos son realizados por la Oficina de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los responsables de los procesos la eficacia en el cumplimiento de acciones.

Nº 2 Indicador	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud
Fórmula	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
Estado actual	Para las vigencias anteriores se realizó seguimiento a las acciones de mejora derivadas de los estándares priorizados en el PAMEC, arrojando un porcentaje de cumplimiento cercano al 90%

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Mayor o igual a 90%	92%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
Proyección calificación		90%	90%	90%	90%



ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación ▪ Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas ▪ Definir cronograma de ejecución de la acciones de mejoramiento ▪ Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas. ▪ Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones. ▪ Consolidar y presentar informes periódicos a directivas
-------------------------------	---

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 de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

N° 3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional
Fórmula	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas/ Número de metas del Plan operativo anual programadas.
Estado actual	De acuerdo con lo definido en procedimiento de planeación institucional, la entidad realizó periódica y sistemáticamente los seguimientos a cumplimiento de los planes de acción, obteniendo resultados favorables

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Mayor o igual a 90%	90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
Proyección calificación		90%	90%	90%	90%

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formular el Plan de Desarrollo 2017-2020 ▪ Socializar el Plan de Desarrollo Institucional ▪ Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA. ▪ Formular los Planes Operativos Anuales ▪ Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA ▪ Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de
-------------------------------	---



control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.

ÁREA DE 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".

N° 4 Indicador	Riesgo Fiscal y Financiero
Fórmula	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo
Estado actual	Con relación a este indicador, para el hospital no aplica su calificación, dado que no se encuentra dentro de las instituciones con riesgo financiero de acuerdo con la Resolución 2184 de 2016 por medio de la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2016.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Sin riesgo	Sin riesgo	No aplica	Depende de categorización de 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.



Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más que proporcionalmente frente al gasto.

N° 5 Indicador	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida
Fórmula	$\frac{\text{(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia)}}{\text{(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)}}$
Estado actual	<p>A pesar de los esfuerzos realizados por la entidad encaminados a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios el indicador no ha arrojado resultados favorables, puesto entre los años 2015 y 2014 el incremento de los costos y gastos superó el crecimiento de la producción.</p> <p>De otro lado es importante analizar la forma como se define la medición de este indicador, ello implica que cada año la relación entre la evolución del gasto sobre la UVR debe ser inferior al 90% de la del año inmediatamente anterior, lo cual no siempre es viable porque implica producir más en cada vigencia con menos costos y gastos.</p>

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Entre 0,90 y 1,10	1,26	Entre 1 y 1,10	Entre 0,90 y 0,99	Entre 0,90 y 0,99	Entre 0,90 y 0,99

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar la capacidad instalada vs producción y oferta de servicios ▪ Optimizar la capacidad instalada física y del recurso humano ▪ Fortalecer el diligenciamiento de registros de manera que se incluya toda la producción ▪ Revisión de la facturación por los servicios prestados ▪ Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados ▪ Realizar seguimiento periódico y control a los gastos de funcionamiento y de prestación de servicios ▪ Realizar seguimiento y medición periódica de los indicadores de eficiencia y producción
-------------------------------	---

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

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

N° 6 Indicador	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos
Fórmula	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.
Estado actual	Durante las vigencias anteriores el hospital realizó las compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, lo cual permitió que el indicador arrojara valores del 100% de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante estos mecanismos.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Mayor o igual a 0,70	1	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70
Proyección calificación		>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70

ACTIVIDADES Y ACCIONES	Mantener las estrategias de negociación y convenios que permitan a la entidad realizar las adquisiciones con calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública
-------------------------------	--

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.

N° 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
Fórmula	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)] ÷ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.
Estado 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 interventoría o supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley, por tanto el resultado de este indicador arrojó resultados óptimos para las vigencias evaluadas.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
0 Cero o con variación negativa	0	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección calificación		0	0	0	0

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital ▪ Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación. ▪ Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos ▪ Fortalecer la gestión de recaudo y cartera
-------------------------------	--



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.

N° 8 Indicador	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS
Fórmula	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia
Estado actual	La información relacionada con la prestación de servicios y los perfiles epidemiológicos de la población atendida en la institución, son un elemento fundamental del informe de gestión que el Gerente rinde periódicamente ante la Junta Directiva, donde a partir de la información que se presenta se realizan análisis y se toman decisiones.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
4	4 Informes de RIPS al año presentados a la Junta Directiva	4	4	4	4
Proyección calificación		4	4	4	4

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulación de acciones para el mejoramiento de la gestión de RIPS. ▪ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud sobre la importancia del adecuado registro de la información. ▪ Procesar, validar y analizar el dato. ▪ Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe 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 de manera que se genere el equilibrio financiero.

N° 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.
Estado actual	Como resultado de las diferentes acciones encaminadas a mejorar la eficiencia, se pudo obtener un equilibrio financiero al finalizar la vigencia 2015 de 1,51 dando cumplimiento al indicador de manera satisfactoria, y evidenciando que los ingresos logran cubrir los costos y gastos de la operación

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Igual o mayor a 1	1,51	Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1
Proyección calificación		Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1	Igual o mayor a 1

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir el plan de ventas acorde a capacidad instalada. ▪ Verificar contratación actual y definir política de venta de servicios. ▪ Maximizar la productividad de la capacidad instalada. ▪ Armonizar la producción, la facturación y el recaudo. ▪ Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento. ▪ Implementar un Plan de Austeridad del Gasto ▪ Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados. ▪ Optimizar los costos
-------------------------------	--

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.

N° 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
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Estado 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	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Reporte oportuno en los términos de la normatividad vigente	Reporte oportuno	Reporte oportuno			
Proyección calificación		Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar la información de forma oportuna desde el sistema de información ▪ Validar los datos ▪ Realizar reporte oportuno
-------------------------------	--

11. 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.

N° 11 Indicador	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente



Estado 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 envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.[].
----------------------	---

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Reporte oportuno en los términos de la normatividad vigente	Reporte oportuno	Reporte oportuno			
Proyección calificación		Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno	Reporte oportuno

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar la información de forma oportuna desde el sistema de información ▪ Validar los datos ▪ Realizar reporte oportuno
-------------------------------	--

ÁREA DE 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 resolutoria a nivel asistencial.

27. Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales 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.

N° 27 Indicador	Evaluación de la aplicación de Guías de manejo de las 3 primeras causas de morbilidad de la ESE
Formula	Numero 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
Estado actual	Para este indicador se tomó del perfil epidemiológico de la institución, en el cual se evidencia que las tres primeras causas de egreso hospitalario para el año 2015 fueron Trastorno Afectivo Bipolar, Perturbación de la actividad y la Atención y Esquizofrenia; en el caso de adherencia a las guías de atención se tiene estipulado que la revisión de las historias clínicas de los pacientes con estos diagnóstico de egreso se escogen mediante un muestreo aleatorio, y se evalúan a través de una lista de chequeo derivada de los parámetros establecidos en cada guía. El resultado de la auditoria arroja un resultado del 87% para el año 2015, siendo satisfactorio para este indicador.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Igual o superior al 80%	87%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%
Proyección calificación		Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar y ajustar las guías para el manejo de las tres primeras causas de morbilidad. ▪ Socializar las guías ajustadas ▪ Medir la adherencia a la guía. ▪ Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. ▪ Socializar y retroalimentar sobre los resultados a los profesionales
-------------------------------	---

28. Evaluación de aplicación de guías para prevención de fugas en los pacientes atendidos en la ESE

El Hospital, ha identificado la fuga como uno de los riesgos inherentes a sus procesos de atención, y con el fin de poder intervenirlo y prevenir que se materialice ha diseñado, implantado y evaluado una guía de atención, la cual fue elaborada siguiendo las recomendaciones contenidas en la norma técnica de seguridad del paciente, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social,

N° 28 Indicador	Evaluación de la aplicación de Guías para la prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE
------------------------	--



Fórmula	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
Estado actual	La institución ha venido evaluando y ajustando la medición de este indicador, obteniendo en el año 2015 un resultado del 87%.

ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Igual o superior al 80%	87%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%
Proyección calificación		Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar y ajustar guía para la prevención de fugas, de acuerdo con la actualización de los riesgos de los procesos asistenciales ▪ Socializar la guía ajustada ▪ Medir la adherencia a la guía. ▪ Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. ▪ Socializar y retroalimentar sobre los resultados al equipo de salud
-------------------------------	--

29. Evaluación de aplicación de guías para prevención de intento de suicidio en los pacientes atendidos en la ESE

El Hospital, ha identificado el intento de suicidio como uno de los riesgos inherentes al proceso de atención en salud mental, y con el fin de poder intervenirlo y prevenir que se materialice ha diseñado, implantado y evaluado una guía de atención, la cual fue elaborada siguiendo las recomendaciones contenidas en la norma técnica de seguridad del paciente, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social,

N° 29 Indicador	Evaluación de la aplicación de Guías para la prevención de suicidios en pacientes tratados en la ESE(ambulatorios y hospitalarios)
Formula	Numero de historias clínicas con aplicación estricta de la Guía para la prevención de 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
Estado actual	La institución ha venido evaluando y ajustando la medición de este indicador, obteniendo en el año 2015 un resultado del 89%.

ESTANDAR PROPUESTO	LÍNEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Igual o superior al 80%	89%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%
Proyección calificación		Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%	Igual o superior al 80%

ACTIVIDADES Y ACCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar y ajustar guía para la prevención de intento de suicidio, de acuerdo con la actualización de los mapas de riesgos. ▪ Socializar la guía ajustada ▪ Medir la adherencia a la guía. ▪ Establecer planes de mejora acorde a los resultados arrojados en el seguimiento. ▪ Socializar y retroalimentar sobre los resultados al equipo de salud
-------------------------------	--

30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica

La medición del tiempo de espera traduce tiempo de respuesta de la institución a la demanda de servicios y refleja la accesibilidad y Oportunidad de los servicios prestados por el Hospital.

N° 30 Indicador	Oportunidad en la consulta psiquiátrica
Formula	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 / Número total de consultas consulta de psiquiatría asignadas en la institución
Estado actual	El hospital cuenta con el indicador de oportunidad de atención en consulta de psiquiatría, 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 el año 2015 el resultado de este indicador fue de 3 días para la asignación de consulta de psiquiatría de primera vez





ESTANDAR PROPUESTO	LINEA DE BASE	Estándar para cada año			
		2016	2017	2018	2019
Igual o menor a diez días	3 días	Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días
Proyección calificación		Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días	Igual o menor a diez días

ACTIVIDADES Y ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. ▪ Actualizar el análisis de oferta y demanda para el servicio en mención con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta de psiquiatría de acuerdo al anterior análisis.

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

Elaboración y presentación del informe de anual:

El gerente de La ESE Hospital Mental de Antioquia 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 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	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.

