

PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

**RED SALUD ARMENIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**



JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ

**ARMENIA
2020**

1. PRESENTACION

El Plan de Gestión es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de **RED SALUD ARMENIA ESE** para el periodo 2020-2024. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva de la ESE y se plasman las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, siendo estas la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 del 2018. 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

Así mismo se desarrolló mediante una metodología participativa, en donde se efectuó la consolidación y análisis de datos asistenciales, financieros, de procesos y de desarrollo organizacional.

2. MARCO NORMATIVO

✓ Ley 1122 de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2° Resultados en salud.

✓ Ley 1122 de 2007. Artículo 28

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

✓ Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- **Artículo 72:** Estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.
- **Artículo 73:** Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

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

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

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

- **Artículo 74:** Establece la evaluación del Plan de Gestión del director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

✓ **Decreto 357 de febrero 8 de 2008:**

Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Artículo 2: Presentación del plan de gestión. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar el plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión como Director o Gerente. El Director

o Gerente que hubiere tomado posesión con anterioridad a la publicación del presente decreto, deberá presentar el plan de gestión respectivo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto.

La no presentación del plan de gestión dentro del plazo señalado en el presente decreto dará lugar a evaluación no satisfactoria

✓ **Resolución 710 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social**

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

✓ **Resolución 743 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social**

Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

✓ **Resolución 408 de 2018**

Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

3. GENERALIDADES DE RED SALUD ARMENIA ESE

3.1 RESEÑA HISTÓRICA:

RED SALUD ARMENIA ESE se encuentra ubicada en el Municipio de Armenia, Departamento del Quindío, es una Empresa Social del Estado, creada el 6 de agosto de 1998, mediante Acuerdo 016 del Honorable Concejo Municipal, como una entidad pública descentralizada del Orden Municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud Municipal e integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993.

Tiene como objeto la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará las acciones de protección específica y detección temprana orientadas a la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Materno Perinatal al igual que Rutas por

Grupos de Riesgo priorizados, definidos por los planes obligatorios y los niveles de complejidad del sistema de seguridad social en salud.

Dentro de sus funciones más importantes se encuentran:

- ✓ Prestar los servicios de salud en el Municipio de Armenia, correspondientes al primer nivel de complejidad a los afiliados, beneficiarios y vinculados del Sistema de Seguridad Social Integral dentro de los parámetros y principios que lo rigen.
- ✓ Prestar excepcionalmente los servicios de II y III nivel de salud en desarrollo del artículo 3° literal e) de la Ley 10 de 1990, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y garantice debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud previo acuerdo con el Departamento, a través de la Dirección Departamental de Salud.
- ✓ Contribuir a la formulación y adopción de los planes programas y proyectos del sector salud en el municipio de Armenia con las políticas, planes y programas nacionales, seccionales y municipales.
- ✓ Cumplir las políticas y normas trazadas por el Consejo Nacional De Seguridad Social, Ministerio de Salud en coordinación con la Dirección Seccional y local de salud

3.2 SEDES

Está conformada por la Unidad Intermedia del Sur y doce (12) centros de salud, los cuales están distribuidos estratégicamente en todo el municipio, lo que permite tener mayor cobertura y estar al alcance los usuarios. En la actualidad el Centro de salud Fundadores está cerrado por tal motivo se iniciarán las gestiones para su recuperación.

CODIGO HABILITACION	NUMERO SEDE	NOMBRE	DIRECCION
6300100460	01	RED SALUD ARMENIA ESE UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	Avenida Montecarlo Urbanización Guadales de la Villa
6300100460	02	CENTRO DE SALUD LA CLARITA	La Clarita Calle 31 # 27-55
6300100460	03	CENTRO DE SALUD LA PATRIA	La Patria manzana 33
6300100460	04	CENTRO DE SALUD LA MILAGROSA	La Milagrosa Carrera 19 Calle 2N
6300100460	05	CENTRO DE SALUD PARAISO	El Paraíso manzana M

6300100460	06	CENTRO DE SALUD MIRAFLORES	Miraflores Salida Montenegro
6300100460	07	PUESTO DE SALUD EL CAIMO	Corregimiento el Caimo Carrera 2 # 1A-28
6300100460	08	CENTRO DE SALUD SANTA RITA	Santa Rita manzana 14
6300100460	09	CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	Rincón Santo antigua Estación de la Policía
6300100460	10	CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO	El Guadualito # 5 Frente al Ancianato El Carmen
6300100460	11	CENTRO DE SALUD NUEVA LIBERTAD	Villa Liliana Carrera 40 Calles 43 y 44
6300100460	14	CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA -REDSALUD ARMENIA	Calle 44 Carrera 18

Se tiene una georreferencia de la población Vs Centro de Atención según ubicación, área urbana y rural del Municipio de Armenia.

	CENTRO DE ATENCIÓN	COMUNIDAD
1	Unidad Intermedia del Sur	Comuna 1
2	Centro de Salud Santa Rita	Comuna 2
3	Centro de Salud Correa Grillo	Comuna 3
4	Centro de Salud CAA del Sur	Comuna 4
5	Centro de Salud Miraflores	Comuna 4
6	Centro de Salud Nueva Libertad	Comuna 5
7	Centro de Salud La Patria	Comuna 6
8	Centro de Salud La Clarita	Comuna 6
9	Centro de Salud Piloto Uribe	Comuna 7
10	Centro de Salud Paraíso	Comuna 8
11	Centro de salud La Milagrosa	Comuna 9
12	Centro de Salud Fundadores	Comuna 10
13	Centro de Salud El Caimo	Corregimiento El Caimo

Actualmente atendiendo la contingencia generada por el COVID-19, se encuentran temporalmente cerradas seis (6) sedes, ellas son:

- ✓ El Caimo
- ✓ La Milagrosa
- ✓ La Patria
- ✓ Miraflores
- ✓ Nueva Libertad
- ✓ Santa Rita

Las que se encuentran prestando los servicios son:

- ✓ Unidad Intermedia del Sur
- ✓ Alfonso Correa Grillo
- ✓ CAA del Sur
- ✓ La Clarita
- ✓ Piloto Uribe
- ✓ Paraíso

Las instalaciones donde funcionaba el centro de salud Los Quindos, se utiliza actualmente para parte del archivo central.

3.3 SERVICIOS OFERTADOS:

Servicios de Consulta externa:

- Medicina General
- Odontología
- Higiene Oral
- Enfermería
- Psicología (Programas especiales)
- Nutrición y dietética (Programas especiales)
- Trabajo social (Programas especiales)
- Procedimientos menores
- Toma de muestras de laboratorio
- Toma de citología
- Examen clínico de seno
- Vacunación

Servicios de consulta especializada

- Obstetricia
- Medicina Interna

Servicio de Laboratorio Clínico las 24 horas del día en:

Baja Complejidad:

- Hematología
- Química sanguínea
- Uroanálisis
- Microbiología
- Lectura de citologías

Mediana Complejidad:

- Prueba de VIH / SIDA
- Toxoplasmosis
- Prueba de Hepatitis
- Prueba rápida anti treponémica
- Prueba para sífilis - VDRL
- Hemoglobina glicosilada
- Micro albuminuria
- Hormona estimulante del tiroides
- Urocultivos

Ayudas diagnósticas y terapéuticas en:

- Rayos X simple
- Rayos X salud oral
- Ecografía obstétrica
- Electrocardiografía
- Doppler fetal
- Monitoreo fetal
- Terapia respiratoria
- Colposcopia

Servicio de atención de urgencias con observación

El servicio de atención de urgencias se presta sin interrupción las 24 horas del día, 7 días a la semana en la Unidad Intermedia del Sur, consta de:

- Triage
- Consulta médica
- Sala de Observación (mujeres, hombres y niñ@s)
- Sala de reanimación
- Sala de atención del trauma
- Sala de procedimientos
- Sala de Ginecobstetricia
- Servicio Farmacéutico

Servicio de Hospitalización

- Sala General adultos
- Sala General pediátrica
- Sala General Ginecoobstetricia
- Sala de lactancia Materna

Sala de atención del parto y del recién nacido

- Consulta de medicina general
- Atención del parto y del recién nacido las 24 horas
- Área de adaptación neonatal
- Monitoreo fetal

Servicio de Atención extramural y contingencia COVID-19.

Se cuenta con un grupo extramural multidisciplinario, conformado por Médico, Enfermera, Auxiliares de Enfermería y Promotoras, para la Atención Primaria en Salud, con enfoque en los determinantes sociales de la salud que influyen directamente en el usuario, familia y comunidad, como lo son: factores medioambientales, factores económicos, condiciones de la vivienda, factores culturales y factores sociales, los cuales se relacionan directamente con el nivel de vulnerabilidad hacia las enfermedades de cada individuo, teniendo en cuenta esto, la estrategia busca mejorar la situación de la salud de la población objeto, promoviendo una cultura de salud dirigida a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es de anotar, que actualmente dicho equipo multidisciplinario cuenta con el enfoque de EMS (Equipo Multidisciplinario de Salud) definido a través de la resolución 521 de 2020, con enfoque de abordaje extramural domiciliario de población en aislamiento preventivo obligatorio, con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, complementada con la estrategia de teleconsulta por la emergencia sanitaria por COVID – 19.

Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos:

La E.S.E. tiene dispuestos cinco (5) puntos de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos en el municipio de Armenia, así:

- Unidad Intermedia del Sur
- Centro de Salud Alfonso Correa Grillo
- Centro de Atención Ambulatoria CAA del Sur
- Centro de Salud Piloto Uribe
- Centro de Salud La Clarita
- El Centro de Salud La Milagrosa esta temporalmente cerrado

Servicios conexos a la salud

- **Transporte Asistencial Básico**

Red Salud Armenia ESE dispone de un servicio de ambulancia tipo Transporte Asistencial Básico (TAB) interhospitalario, con cinco (5) vehículos los cuales prestan el servicio de traslado de pacientes, este servicio se presta los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

Además, se presta el servicio de atención prehospitalaria haciendo uso de una unidad móvil.

Plan Intervenciones Colectivas (PIC)

Las intervenciones colectivas se definen como: “un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio”. Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS, puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud. es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, los cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS)

El PIC busca impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. De igual forma, se encuentra orientado a fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno, con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

Centro de Estudios e Investigaciones en Salud CEIS

Actualmente se cuenta con certificación de buenas prácticas de investigación hasta el 2022, lo que permite recibir estudios e investigaciones con entidades externas

Nuevo Modelo de Atención en Salud:

En cumplimiento a la Resolución 3202 de 2016, **RED SALUD ARMENIA ESE** fortaleció las acciones individuales y colectivas para la prevención y detección temprana de la enfermedad, a partir del 01 de agosto de 2019, cambió su modelo de atención, siendo la entidad, la primera en el Departamento en iniciar con el nuevo Modelo de Atención en Salud, a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

En el proceso de implementación se tiene las siguientes rutas priorizadas:

- ✓ Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- ✓ Ruta Materno – Perinatal
- ✓ Ruta Atención del Riesgo Cardiovascular - RCV.

Lo anterior, lleva a generar una integración de sus servicios habilitados y ofertados de baja y mediana complejidad con las Rutas Integrales de Atención, que le permitan la complementariedad desde la baja complejidad, de manera que la oferta de Atención Integral para el paciente sea efectiva, buscando así disminuir procesos administrativos como requisito para el acceso a la atención y garantizando criterios de calidad orientados hacia la accesibilidad, oportunidad, pertinencia médica, racionalidad técnico científica entre otros.

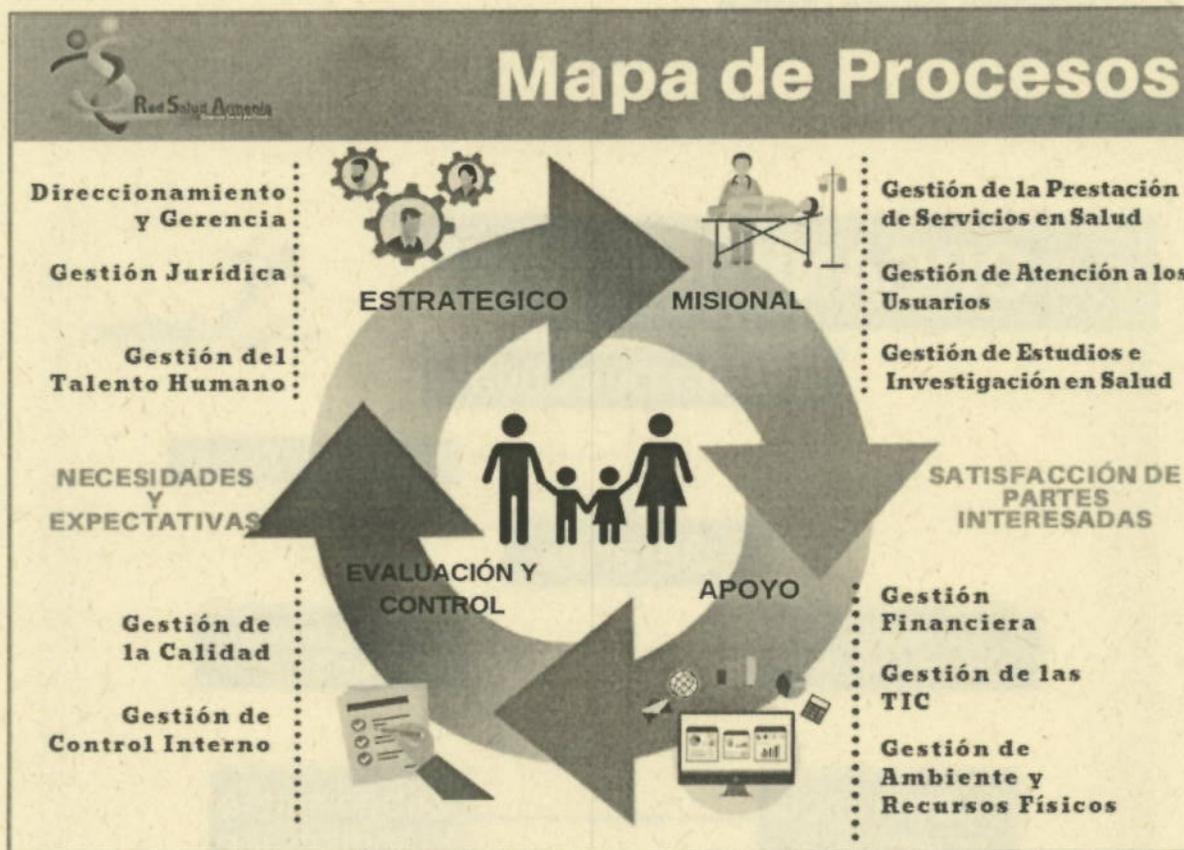
4 PLATAFORMA ESTRATEGICA

ORGANIGRAMA



MAPA DE PROCESOS

La entidad cuenta con manual de procesos y procedimientos, recientemente revisado y actualizado, el cual se presentó y aprobó en la Junta Directiva realizada el 27 de septiembre de 2019, teniendo como referencia el Mapa de procesos de la entidad, el cual se muestra a continuación, en concordancia con el modelo de operación por procesos.



MISIÓN

Prestar servicios de salud como unidad primaria de atención a usuarios y sus familias, en las diferentes sedes de la red ubicados estratégicamente en el municipio de Armenia, ofreciendo una amplia cobertura, servicio humanizado y un portafolio con enfoque preventivo y de gestión del riesgo; y además generar estudios e investigación clínica mediante un permanente esfuerzo técnico y humano, en conjunto con los patrocinadores públicos o privados, para que se incremente el número y la calidad de los estudios clínicos en la Región.

VISIÓN

En el mediano plazo Red Salud Armenia ESE, será reconocida por la calidad en la prestación de los servicios de salud y modelo en desarrollo e innovación de programas, investigación clínica y servicio al usuario y su familia, mediante el avance en tecnología e infraestructura y un equipo humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua, asegurando su sostenibilidad financiera.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Objetivo General:

Garantizar la sostenibilidad económica y administrativa de la organización, a través de la oferta de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo los atributos de calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, pensando en la atención humanizada a todos los usuarios.

Objetivos Específicos:

- ✓ Fortalecer la gestión del talento humano enfocado en el trato digno y con vocación de servicio.
- ✓ Garantizar la prestación de los servicios asistenciales a la población objeto con humanización, oportunidad, seguridad y satisfacción en las diferentes sedes que conforman la red de la organización.
- ✓ Cumplir con la normatividad y procesos operativos estandarizados para el desarrollo de los protocolos de investigación clínica.
- ✓ Mejorar la eficiencia de los recursos financieros, administrativos y tecnológicos en la organización, para que sean el apoyo vital en la toma de decisiones y brinden una ventaja competitiva mediante la generación de valor agregado.
- ✓ Fortalecer la gestión de los procesos institucionales con enfoque de mejoramiento continuo a través de la administración y control de los riesgos logrando la satisfacción del usuario y su familia.

VALORES ORGANIZACIONALES

- **Honestidad:**
Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:**
Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:**
Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:**
Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:**
Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

POLITICAS INSTITUCIONALES

- Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto publico
 - Política Financiera
 - Política de Austeridad del gasto
 - Política de talento humano
 - Política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
 - Política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
 - Política ambiental
 - Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
 - Política de servicio al ciudadano
 - Política de participación ciudadana en la gestión publica
 - Política de rendición de cuentas
 - Política de racionalización de tramites
 - Política de seguridad digital
 - Política de seguridad y privacidad de la información
 - Política de utilización de nueva tecnología de información
 - Política de comunicación
 - Política de defensa jurídica
 - Política de calidad
 - Política de atención Humanizada
 - Política de seguridad del paciente
 - Política de control interno
 - Política de responsabilidad frente al medio ambiente
 - Políticas frente a los conflictos de interés
-
- **POBLACION OBJETO EN SALUD**

La E.S.E cuenta actualmente con una población sujeto de atención de 304.314 habitantes correspondiente al total de la población de Armenia, y de los municipios aledaños del departamento aproximadamente 277.191 posibles consultantes; el 35% están enfocados en contratos a través de las diferentes EAPB ubicadas en el Departamento.

➤ **DATOS DE PRODUCCION**

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS		
Variable	2018	2019
Total de egresos	1.943	2.315
Porcentaje Ocupacional	63,23	64,88
Promedio Dias Estancia	2,38	1,92
Consultas Electivas	133.607	129.347
Consultas de medicina general urgentes realizadas	35.498	28.896
Numero de partos	238	221
Exámenes de laboratorio	192.548	203.002
Número de imágenes diagnósticas tomadas	13.070	22.215
Dosis de biológico aplicadas	61.793	65.706
Citologías cervicovaginales tomadas	13.595	10.482
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	15.674	11.858

Fuente: Informe de resultados de indicadores de gestión de la vigencia 2019

Según el informe de resultados de indicadores de gestión de la vigencia 2019 en este cuadro se observan las actividades que evalúa el Ministerio de Salud en cuanto a producción, pero realmente la ESE ofrece más de 100 actividades.

Una vez comparados los resultados obtenidos entre las vigencias 2018 y 2019 se evidencio:

- ✓ Incremento en los egresos hospitalarios para la vigencia 2019, así como aumento en el porcentaje ocupacional, una mayor eficiencia al disminuir el promedio días estancia, es decir, que los pacientes en promedio no tuvieron que pasar más de dos días de hospitalización para resolver la patología por la cual fueron hospitalizados.
- ✓ Disminución de las consultas en el servicio de urgencias, evidenciando un mejor uso del servicio, es decir, realmente están llegando los pacientes agudos.
- ✓ Aumento considerable en las actividades de apoyo diagnostico frente la vigencia 2018, especialmente exámenes de laboratorio en 5% e imágenes diagnósticas tomadas con 70%.
- ✓ Aumento en dosis de biológico aplicadas.

- ✓ Respecto a las actividades de promoción y prevención, al implementar las rutas por cursos de vida, las cuales fueron obligatorias a partir del 2019, se modificó la periodicidad en la toma de Citologías cervicovaginales y los Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo), también se dispuso tiempo de la prestación del servicio para capacitar al recurso humano en la nueva normatividad, estas variables afectaron en forma negativa la producción de estas actividades (23% y 24% respectivamente).

➤ INDICADORES DE CALIDAD

Durante la vigencia 2019 y primer trimestre vigencia 2020, se reportan los siguientes Indicadores de Calidad (Resolución 0256 de 5 feb de 2016 y Resolución 1552 de 14 de mayo de 2013).

INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 0256 VIGENCIA 2019

CODIGO	INDICADOR	FORMULAS	ANUAL		
P.2.4	Porporción de endometritis pos parto vaginal	Número de endometritis pos parto vaginal/Total de Nacidos vivos	2	221	0,01
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo/Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	1	4436	0,000
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	6	28896	0,000
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/Total de personas atendidas en consulta externa	4	145906	0,000
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas/Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	0	156746	0,000
P.2.10	Porporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización/Total de egresos de hospitalización.	16	2317	0,01

CODIGO	INDICADOR	FORMULAS	ANUAL		
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias/Total de personas atendidas en urgencias.	1	28896	0,00
P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo/Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización	0	4436	0,000
P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso/Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo	112	28874	0,004
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/Número total de egresos vivos en el periodo	25	2315	0,011
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas/	99552	38309	2,6
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Odontología General de	40022	17931	2,2

CODIGO	INDICADOR	FORMULAS	ANUAL		
P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	3767	501	7,5
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas	1457	683	2,1
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita/Número total de Ecografías realizadas	3724	1507	2,5
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico./Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado	32718	1407	23,3
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/Número de usuarios que respondieron la pregunta	3212	3341	96%
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?/Número de usuarios que	3291	3341	99%
	Porcentaje Ocupacional	Total de días cama Ocupada / Total de días cama disponible	5920	9125	65%
	Giro Cama	Numero de Egresos / Numero de camas disponibles	2317	300	7,7
	Estancia Hospitalaria	Total días estancia / Número Egresos	4436	2317	1,9

INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 0256 PRIMER TRIMESTRE 2020

CODIGO	INDICADOR	FORMULAS	I TRIMESTRE		
P.2.4	Porporción de endometritis pos parto vaginal	Número de endometritis pos parto vaginal/Total de Nacidos vivos	0	34	0,000
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo/Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	0	461	0,000
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	0	6485	0,000
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/Total de personas atendidas en consulta externa	0	32292	0,000
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas/Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	0	39155	0,000
P.2.10	Porporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización/Total de egresos de hospitalización.	0	173	0,000

CODIGO	INDICADOR	FORMULAS	I TRIMESTRE		
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias/Total de personas atendidas en urgencias.	0	6485	0,000
P.2.12	Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo/Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización	0	461	0,000
P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso/Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo	33	6482	0,005
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/Número total de egresos vivos en el periodo	7	172	0,041
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha/Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas/	50802	14149	3,6
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Odontología General de	8796	3804	2,3
P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	1094	132	8,3
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas	437	189	2,3
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita/Número total de Ecografías realizadas	658	323	2,0
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico./Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un período determinado	8798	377	23,3
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/Número de usuarios que respondieron la pregunta	815	830	98,2%
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?/Número de usuarios que	822	830	99,0%
	Porcentaje Ocupacional	Total de días cama Ocupada / Total de días cama disponible	461	1911	24,1%
	Giro Cama	Numero de Egresos / Numero de camas disponibles	173	63	2,75
	Estancia Hospitalaria	Total días estancia / Número Egresos	461	173	2,66

➤ SATISFACCIÓN DEL USUARIO

PQRS Vigencia 2019

Descripción	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Total Año
Peticiones	0	2	3	0	5
Quejas	55	38	56	32	181
Reclamos	0	0	0	0	0
Sugerencias	3	0	2	0	5
Felicitaciones	26	13	21	9	69
TOTAL PQRS	84	53	82	41	260

Con respecto a los resultados de mediciones de percepción ciudadana, se muestra en los cuadros siguientes el resultado de las encuestas de satisfacción en cada uno de los servicios de la ESE.

SERVICIO	TOTAL ENCUESTAS POR SERVICIO 2019	TOTAL ENCUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS		% DE SATISFACCION POR SERVICIO
		POSITIVAS	NEGATIVAS	
CONSULTA EXTERNA	540	514	26	95%
SERVICIO DE FARMACIA	500	453	47	91%
SERVICIO DE LABORATORIO	524	513	11	98%
SERVICIO DE IMAGENOLOGIA	370	358	12	97%
SERVICIO DE URGENCIAS	376	364	12	97%
HOSPITALIZACION	509	502	7	99%
ODONTOLOGIA	522	510	12	98%
TOTAL	3.341	3.214	127	96%

PQRS Vigencia 2020

Descripción	I TRIM/2020
Peticiones	1
Quejas	31
Reclamos	0
Sugerencias	2
Felicitaciones	10
TOTAL PQRS	44

5. PROPÓSITO DEL PLAN DE GESTIÓN

El presente Plan de Gestión tiene por objeto establecer los compromisos de gestión acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y sus anexos técnicos y normas modificatorias (Resolución 408 del 2018), en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el actual Gerente de **RED SALUD ARMENIA ESE, JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ**, durante el periodo 2020-2023 para el cual fue nombrado mediante Decreto No. 179 del 2020 y posesionado mediante Acta de Posesión No.145 del 14 de mayo del 2020.

6. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

➤ ELABORACIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 del 2018, 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:

➤ Gestión de Dirección y Gerencia:

Cumplimiento de logros estratégicos, desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (20%)

➤ **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. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo. (40%)

➤ **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. (40%)

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguimiento del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2020-2023, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

➤ **METODOLOGÍA**

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el Plan de Gestión Gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- ✓ Solicitud de información a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de generar la gestión, implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- ✓ Revisión de la línea de base y fuente de información de la última evaluación del informe de gestión de la gerente saliente.
- ✓ Elaboración de primer borrador del plan de gestión socializado y concertado con los líderes de procesos y gerencia.
- ✓ Presentación del Plan de Gestión para estudio y aprobación de la Junta Directiva de la entidad.

7. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Cumplimiento de los logros estratégicos, desarrollo e implementación del sistema de garantía de la calidad.

El objetivo de este componente es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la entidad; establece las políticas, el direccionamiento de la entidad y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional y el fortalecimiento del sistema de información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

INDICADOR No 1

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

Implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud - PAMEC, realizando las autoevaluaciones de los estándares de acreditación aplicables a la institución de forma conjunta con el Sistema Integrado de Gestión de Calidad hacia el logro de los objetivos institucionales y el mejoramiento continuo de **RED SALUD ARMENIA ESE**.

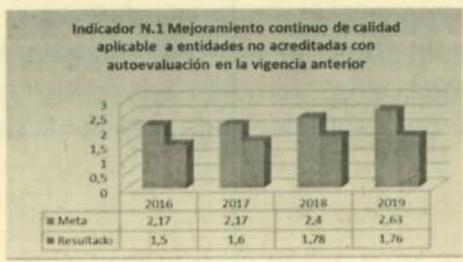
La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC, y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este indicador la ESE ha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

GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA

INDICADOR NO 1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	≥1.20	Documento de autoevaluación
Variable 2: Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Al analizar exclusivamente la vigencia 2019, se obtienen los siguientes resultados: no se obtuvo lo esperado, sin embargo, la calificación de 1.76 no es deficiente, es una calificación que refleja el inicio de un cambio de la cultura de calidad y una mejor adherencia a los procesos.



Cálculo del Indicador:

Numerador: 1.76
 _____ = Resultado 1.11
 Denominador: 1.78

Aplicando la fórmula para determinar el incremento de la calificación de 2017 respecto al periodo 2016 se obtiene un incremento de 1, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 1.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	1,76	≥1.77	≥1.78	≥1.79	≥1.8

- ACCIONES**
- ✓ Inicio de la implementación de una cultura organizacional en acreditación
 - ✓ Asignar un equipo para liderar la implementación de la cultura organizacional.
 - ✓ Documentar los procesos relacionados con los diferentes estándares de Acreditación.
 - ✓ Conformación de grupos de trabajo según lineamientos de acreditación.

Fuente: Proceso de Calidad

Indicador No 2
Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de calidad en la atención en salud.

La efectividad de los planes de mejoramiento depende del porcentaje de cumplimiento de las oportunidades de mejoras priorizadas y logradas en la vigencia objeto de evaluación.

RED SALUD ARMENIA ESE ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por el proceso de Calidad, ejecutando el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de las acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados, estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también apoyando el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA																				
INDICADOR NO 2		Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de calidad en la atención en salud																		
FORMULA		ESTANDAR	FUENTE																	
Variable 1: No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas		≥0.9	Superintendencia Nacional de Salud																	
Variable 2 Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.																				
DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL																				
<p>Para la vigencia 2019, se priorizaron 45 oportunidades de mejoramiento, los cuales a través del plan de acción de suscribieron 122 actividades para ser desarrolladas entre los meses de Junio y Diciembre de 2019. Al finalizar el tiempo establecido para cumplir con las actividades propuestas, se logró dar cumplimiento al 91%.</p>																				
<table border="1" style="margin: auto;"> <caption>Indicador N.2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>0,80</td> <td>0,92</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>0,90</td> <td>0,90</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0,90</td> <td>0,93</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>0,90</td> <td>0,91</td> </tr> </tbody> </table>						Año	Meta	Resultado	2016	0,80	0,92	2017	0,90	0,90	2018	0,90	0,93	2019	0,90	0,91
Año	Meta	Resultado																		
2016	0,80	0,92																		
2017	0,90	0,90																		
2018	0,90	0,93																		
2019	0,90	0,91																		
Cálculo del Indicador:																				
Numerador: 111																				
Resultado: 0,91																				
Denominador: 122																				
Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas para el 2019 se obtuvo el 0,91, lo cual llevado a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 5 (0.91)																				
META																				
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023															
Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de calidad en la atención en salud	0,91	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90															
ACCIONES																				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar cumplimiento al Plan de mejoramiento diseñado para cada vigencia, con el fin de aportar a la implementación de la cultura organizacional de acreditación. ✓ Realizar el seguimiento a las acciones de mejora programadas dentro del plan a través del Comité PAMEC ✓ Según el resultado de priorización de las oportunidades de mejoramiento, formular las acciones de mejora para cada vigencia. ✓ Seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades de forma periódica. ✓ Evaluar el resultado del cumplimiento de las acciones de mejora. ✓ Tomar correctivos frente las desviaciones encontradas. 																				

Fuente: Proceso de Calidad

Indicador No 3
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

El Plan de desarrollo Institucional en un documento que sirve de base para la Junta Directiva, Gerencia, la Administración y al talento humano, porque a partir de él, se definen las metas de la organización, acciones requeridas para el fortalecimiento, que permita fijar políticas de desarrollo coherentes y orientadas a los resultados esperados.

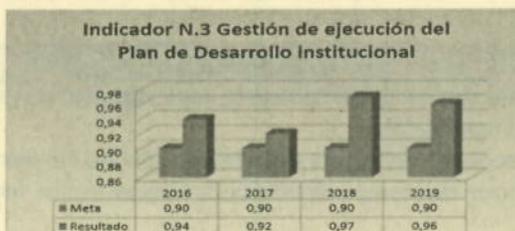
El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación que parte de un diagnóstico situacional que permite definir las necesidades y hacia donde se quiere llegar como Institución.

GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA		
INDICADOR NO 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas	≥0,90	Informe del líder de planeación de la ESE. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación. Indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas; y el cálculo del indicador.
Variable 2: No de Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

La gerencia de Red Salud Armenia ESE en el año 2019, definió su Plan de Desarrollo para ese periodo, el cual fue aprobado mediante el Acuerdo N.04 del 28 de febrero de 2019 por la Junta Directiva, donde se formuló el Plan Operativo Anual, el cual contenía 3 líneas de acción:

1. Prestación de servicios de Salud basados en la Política de Atención Integral en Salud
2. Sistemas Integrados de Gestión
3. La eficiencia administrativa y Financiera como eje transversal del desarrollo Institucional



Con los datos anteriores, y en cumplimiento de la Resolución 408 de 2018 se presenta el resultado del indicador:

Cálculo del Indicador:

Numerador: 27

Resultado: 0,96

Denominador: 28

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento de los Planes Operativos Anuales se obtuvo el 0,96, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 5 (0.96)

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0.96	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplir los lineamientos para el crecimiento y mejoramiento de la ESE y determinar los procesos que se llevarán a cabo para cumplir las metas propuestas en el Plan de Desarrollo. ✓ Formular y aprobar el Plan Operativo Anual, para cada vigencia como herramienta para ejecución del Plan de Desarrollo. ✓ Ejecutar las actividades propuestas según su programación. ✓ Realizar seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades propuestas. ✓ Tomar correctivos frente a las desviaciones presentadas. 					

Fuente: Proceso de Planeación

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.

Indicador No 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".

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR NO 4		Riesgo fiscal y Financiero			
FORMULA		ESTANDAR	FUENTE		
Adopción del programa de Saneamiento fiscal y financiero {(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 objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)}		Adopción del programa de Saneamiento fiscal y financiero	Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de salud y protección social. Acto administrativo que adopta el programa de saneamiento fiscal y financiero		
DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL					
Este indicador consiste en el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros RED SALUD ESE fue categorizada en el 2019 sin Riesgo por parte del Ministerio de Salud y protección Social= 1.1 dado que adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero. Este indicador evalúa el comportamiento del gasto frente a la producción de servicios de la vigencia, medidos en unidades de valor relativo producidas. Mide la eficiencia en el manejo del gasto frente a la producción, buscando un equilibrio entre ellos.					
META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propender por el equilibrio entre la producción en UVR y el gasto de funcionamiento y operación comercial. ✓ Análisis periódico del comportamiento de la producción de los diferentes servicios acorde al modelo de atención. ✓ Análisis del comportamiento de los ingresos y gastos de la ESE. ✓ Identificación de desviaciones de los análisis e implementación de correctivos. 					

Fuente: Coordinación Financiera

Indicador No 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.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR NO 5	Evolución del gasto por UVR producida año anterior	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Gasto funcionamiento y operación comercial y Prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y protección social
Variable 2: No UVR producidas en el año evaluado		
Variable 3: Gasto funcionamiento y operación comercial y Prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes		
Variable 4: No UVR producidas en el año anterior		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL



En resumen, para las actividades (producción) que evalúa el Ministerio de Salud, se obtuvo el siguiente de resultado en UVR:

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS		
Variable	2018	2019
Producción Equivalente UVR	1.169.667,50	1.152.928,66

Es decir, se presentó una disminución 16.739 UVR frente la vigencia 2018.

Para la línea base se contaba con un resultado de equilibrio y eficiencia del 1.22, sin embargo, conforme a las necesidades presupuestales de la institución, se programó para la vigencia 2019 un resultado de 0.99, pero debido al gasto necesario para garantizar la prestación de los servicios y el cambio normativo relacionado con las actividades de promoción y prevención permitió que se disminuyera la producción, no logrando con ello alcanzar la meta, es decir, se presentó un mayor gasto y las actividades que se produjeron no fueron suficientemente altas para compensar el gasto.

A continuación, se describe el indicador según la Resolución 408 de 2018:

Cálculo del Indicador:

Numerador: 17.316.27

Resultado: 1.09

Denominador: 15.874.05

Aplicando la fórmula para determinar el gasto por unidad de valor relativa a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 1

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Evolución del Gasto por UVR producida	1.09	≤0.99	≤0,99	≤0,99	≤0,99
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propender por el equilibrio entre la producción en UVR y el gasto de funcionamiento y operación comercial. ✓ Análisis periódico del comportamiento de la producción de los diferentes servicios acorde al modelo de atención. ✓ Fortalecimiento de la información financiera como herramienta fundamental para toma de decisiones y seguimiento respecto a la producción de servicios de la ESE, con el fin de tomar acciones preventivas y correctivas respecto al costo beneficio. ✓ Realizar auditorías de los procesos de facturación que permitan la detección temprana de fallas en el registro de las actividades. ✓ Realizar análisis comparativos del informe de productividad y calidad del informe de la resolución 2193 que permita verificar las variaciones e identificar las causas de las mismas. 					

Fuente: Coordinación Financiera

Indicador No 6
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

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

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR NO 6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de Cooperativas de ESES, compras a través de mecanismos electrónicos.	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Valor total adquisiciones de medicamentos y MMQ realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o as de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas, (b) Compras a través de Cooperativas de ESE (c) Compras a través mecanismos electrónicos	≥0,70	Certificado por el Revisor Fiscal.
Variable 2: valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y MMQ en la vigencia evaluada		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL



La eficiencia administrativa, se vio reflejada en la disminución de los costos para la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de compras conjuntas; se suscribieron los Convenios Interadministrativos de Cooperación N. 001-2017, N.001-2018 y N.001-2019 entre la ESE Hospital la Misericordia y Red Salud Armenia ESE.

se esperó poder tener una ventaja competitiva frente al proveedor y así disminuir el valor de las adquisiciones, se aclara que la solicitud de medicamentos y material médico quirúrgico estuvo a cargo de cada ESE, así como la cancelación asumida por cada participante de forma individual.

Durante la vigencia 2019 se realizaron en total \$1.838.959.012, de los cuales \$1.430.331.992 correspondieron a la modalidad de compras conjuntas.

Cuando se formuló el plan de gestión se contaba con una línea base de 0,67, por lo cual se programó un aumento paulatino de este resultado estipulando que para la vigencia 2019 se lograra el 0.70, sin embargo, se mejoró este resultado obteniendo el 0.78, demostrando una gestión más eficiente en la ESE.

Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad, a continuación, se presenta la formula y resultado del indicador:

Cálculo del Indicador:

Numerador: 1.430.331.992

Resultado: 0,78

Denominador: 1.838.959.012

Este resultado muestra que para la vigencia 2019 se realizó el 0,78 de las compras a través de la modalidad de compras conjuntas, lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de ESE y/o de mecanismos electrónicos.	0.78	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conformar alianzas estratégicas e implementación de políticas de compras, entre los Hospitales del Departamento para el beneficio conjunto en lo que se refiere a la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico. ✓ Demostrar resultados de eficiencia administrativa y por lo menos el 70% de las compras de medicamentos y material médico quirúrgico se realizará a través de compras conjuntas y/o compras a través de mecanismos electrónicos. 					

Fuente: Gerente

Indicador No 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.

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos, como también la variación con respecto al periodo anterior.

Con este indicador se pretende que las deudas por concepto de salarios de planta y contratación de servicios de recurso humano no sean superiores a 30 días, a fin de garantizar eficiencia en los pagos del personal responsable de la producción y prestación de servicios y mantener un clima organizacional adecuado.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR NO 7	Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y por concepto de contratación de servicios y su variación del monto frente a la vigencia anterior		
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE	
Variable 1: Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 diciembre de la vigencia evaluada	Cero o variación negativa	Certificación planificacion	Subgerente de
Variable 2: Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 diciembre Vigencia evaluada-valor deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 diciembre Vigencia anterior en valores constantes.			

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

El pago oportuno tanto de los salarios al personal de planta como de los conceptos de contratación, son uno de los pilares que desde la gerencia se han sostenido a lo largo de las vigencias, por ello se realizó la siguiente programación de metas de pago reportándose un cumplimiento de su totalidad.

	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Meta	Deuda y Variacion Interanual Positiva	Deuda Variacion Interanual Negativa	Deuda Variacion Interanual Negativa	Deuda Variacion Interanual Negativa
Resultado	Deuda (\$420.494.431) y Variacion Interanual Positiva	Cero con variacion negativa	Cero con variacion negativa	Cero con variacion negativa

Al evaluar específicamente la vigencia 2019, se obtuvo el siguiente comparativo:

Línea base	467.961.586
Meta	Deuda Variacion Interanual Negativa
Resultado	Cero con variacion negativa

La línea base, es decir la vigencia 2016, presento un cierre de deuda por valor de \$420.494.431, sin embargo, gracias al esfuerzo y el control realizado en la gestión de pagos, la vigencia 2019 cierra con cero deudas y una variación negativas.

Calculo del Indicador:

$$\frac{\text{Numerador: } 0}{\text{Denominador: } 0} = \text{Resultado: } 0$$

Este resultado muestra que para la vigencia 2019 no se reportaron deudas por conceptos de salarios, lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios.	Cero con variación negativa	0	0	0	0
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar el pago oportuno por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios durante la vigencia. ✓ Provisionar de forma oportuna y permanente el recurso necesario para el pago por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de la oportunidad de pagos. ✓ Tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas. ✓ Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez la ESE Hospital, fortaleciendo los Subprocesos de Facturación y cartera. ✓ Revisión y Ajuste de las políticas de austeridad del gasto ✓ Monitoreo de equilibrio entre el ingreso y el gasto. 					

Fuente: Sub Planificación

Indicador No 8 Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

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

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR NO 8	Utilización de información del registro individual de prestaciones RIPS	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Numero de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del Lider de Planeación de la ESE Actas de Junta Directiva.

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Con el fin de que los integrantes de Junta Directiva conocieran la caracterización de la población objeto, su perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios ambulatorios y hospitalarios para una toma de decisiones con base en resultados, para las vigencias 2016 – 2019 se realizó el siguiente cumplimiento de metas y su respectivo resultado:

	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Meta	4	4	5	4
Resultado	4	3	5	5

En el cuadro anterior, se puede observar, que para las vigencias 2018 y 2019 se dio cumplimiento a la programación en un 100%.

Cálculo del Indicador:

5 Informes presentados

Este resultado muestra que para la vigencia 2019 se presentaron 5 informes de los 4 programados, lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

META

INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS	4	4	4	4	4

ACCIONES

- ✓ Mantener actualizada la caracterización de la población que hace uso de los servicios de la ESE durante la vigencia evaluada.
- ✓ Clasificar la información generada de la prestación de servicios.
- ✓ Analizar el resultado de los RIPS, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios.

- ✓ Instaurar estrategias de intervención, si aplica.
- ✓ Programar anualmente cuatro reuniones de Junta Directiva con el fin de presentar los informes de RIPS con sus respectivos análisis.
- ✓ Utilización de RIPS como base fundamental en la toma de decisiones respecto a la contratación de RED SALUD ARMENIA ESE, con las diferentes entidades del régimen de salud.

Fuente: Planeación

Indicador No 9
Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo.

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

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA				
INDICADOR NO 9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo			
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE		
Variable 1: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de cuentas por cobrar de vigencias anteriores)	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y protección social.		
Variable 2: Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).				
DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL				
	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Meta	$\geq 0,78$	$\geq 0,80$	$\geq 0,91$	$\geq 0,91$
Resultado	1,21	1,41	1,49	1,5
<p>Al evaluar el cuadro anterior, se identifica que para todas las vigencias, el recaudo siempre estuvo por encima del gasto comprometido.</p> <p>Se contaba con una línea base de 0.78, y se esperaba para la vigencia 2019 tener un resultado de equilibrio en 0.91, sin embargo, como se puede observar esta meta fue superada, logrando un resultado de 1.5, demostrando nuevamente eficiencia en el manejo de los recursos de la institución.</p>				
Cálculo del Indicador:				
Numerador: 30.532.996				
Resultado: 1.5				
Denominador: 20.379.369,97				

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5

META						
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023	
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1.5	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	
ACCIONES						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el equilibrio presupuestal con recaudo durante las vigencias evaluadas ✓ Realizar seguimiento al recaudo y el gasto de la institución de forma periódica, con el fin de garantizar el equilibrio presupuestal. ✓ Implementar estrategias que impacten de manera positiva el logro del indicador. ✓ Fortalecer la auditoria de las facturas previas a la radicación a cada EAPB. ✓ Depuración de la cartera de la entidad, a través de circularizaciones, Actas de conciliación y liquidación de contratos. ✓ Realizar monitoreo de racionalización del gasto y la definición de puntos de control para la toma oportuna de acciones de mejora 						

Fuente: Coordinación Financiera

Indicador No 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.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR NO 10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia de salud o la norma que la sustituya.	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Cumplimiento del reporte Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Se programó para las vigencias 2016 a 2019 enviar los informes con los siguientes resultados:

	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2016	2017	2018	2019
Meta	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Resultado	Cumple	No cumple	No cumple	No cumple

se presentaron inconvenientes en el cargue de algunos de ellos, ocasionado el no cumplimiento para las vigencias evaluadas.

De los 7 cargues a realizar, el correspondiente a la Circular 016 de 2016, archivo FT004, periodo 40/2019 fue reportado extemporáneamente. En este orden de ideas, la Súper Salud manifiesta: "Cuando al menos un archivo tipo o periodo, la entidad no haya efectuado el reporte o la ha realizado de manera extemporánea, se considera no cumple".

Línea base	Cumple
Meta	Cumple
Resultado	No Cumple

Por lo anterior no se logró el resultado esperado.

Cálculo del Indicador:

No Cumple

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 0.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Oportuno	Oportuno	Oportuno	Oportuno

ACCIONES

- ✓ Elaboración anual del cronograma con la respectiva actualización de los contenidos, fechas y periodos de reporte de la información.
- ✓ Presentar oportunamente los informes correspondientes a la Circular Única, en términos de la normatividad vigente.
- ✓ Asignar responsables para gestionar de forma preventiva el cargue oportuno de los informes.
- ✓ Generar los informes correspondientes a los lineamientos normativos de forma oportuna y enviarlos al área respectiva para su cargue.
- ✓ Socialización de los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria.
- ✓ Presentación a nivel Directivo los contenidos y resultados de la información reportada a los entes de control.

Fuente: Contabilidad, Bienes y Servicios, Calidad, Sistemas / Puntos de control y Certificado: Subgerencia Planificación y Control Interno.

Indicador No 11
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestrales y un consolidado anual, donde se reporta información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA																								
INDICADOR NO 11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya																							
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE																						
Cumplimiento del reporte Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de salud y Protección Social																						
DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL																								
Este es el resultado de lo programado y ejecutado para dar cumplimiento al reporte del Decreto 2193,																								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4" style="text-align: center;">LOGROS PARA LA VIGENCIA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">2016</th> <th style="text-align: center;">2017</th> <th style="text-align: center;">2018</th> <th style="text-align: center;">2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Meta</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Resultado</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> <td style="text-align: center;">Cumple</td> </tr> </tbody> </table>							LOGROS PARA LA VIGENCIA				2016	2017	2018	2019	Meta	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Resultado	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
	LOGROS PARA LA VIGENCIA																							
	2016	2017	2018	2019																				
Meta	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple																				
Resultado	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple																				
Cálculo del Indicador:																								
Cumple																								
Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.																								
META																								
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023																			
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos																			

ACCIONES

- ✓ Elaboración anual del cronograma con la respectiva actualización de los contenidos, fechas y periodos de reporte de la información.
- ✓ Presentar oportunamente los informes correspondientes al Decreto 2193, en términos de la normatividad vigente.
- ✓ Asignar responsables para gestionar de forma preventiva el cargue oportuno de los informes.
- ✓ Generar los informes correspondientes a los lineamientos normativos de forma oportuna y enviarlos al área respectiva para su cargue.
- ✓ Socialización de los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria.
- ✓ Definir como punto de control a través de la Oficina de control interno el cumplimiento del cronograma para la presentación de los informes.
- ✓ Presentación a nivel directivo los contenidos y resultados de la información reportada a los entes de control.

Fuente: Coordinación Financiera – Información y Registro – Calidad, Jurídica / Certificado Subgerencia Planificación

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

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

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

Indicador No 21

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. La ESE, viene ejecutado los programas de Detección Temprana de Alteraciones del embarazo, dentro de las acciones prevención.

Igualmente, tiene establecida la Guía de atención para el Control Prenatal, por otra parte, la captación temprana de la gestante es el primer paso para garantizar un adecuado control de su embarazo y poder iniciar las acciones tendientes a evitar y salvaguardar el bienestar del binomio madre - hijo. Por lo anterior, es conveniente realizar estricto seguimiento al proceso de captación de las gestantes, evaluando el periodo gestacional en el cual fueron captadas, lo ideal es que ingresen al Programa de control prenatal durante las primeras 12 semanas de gestación.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL																	
INDICADOR NO 21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación																
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE															
Variable 1: N.º de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,85	Certificado del comité de historias clínicas. cohorte de gestantes															
Variable 2: Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.																	
DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL																	
Teniendo en cuenta las razones que afectan el ingreso temprano, se definieron las siguientes metas para el cuatrienio, obteniendo los siguientes resultados.																	
<table border="1"> <caption>Indicador N.21 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>0,7</td> <td>0,63</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>0,7</td> <td>0,64</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>0,7</td> <td>0,65</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>0,7</td> <td>0,64</td> </tr> </tbody> </table>			Año	Meta	Resultado	2016	0,7	0,63	2017	0,7	0,64	2018	0,7	0,65	2019	0,7	0,64
Año	Meta	Resultado															
2016	0,7	0,63															
2017	0,7	0,64															
2018	0,7	0,65															
2019	0,7	0,64															
Se esperaba obtener como mínimo una captación del 70%, sin embargo, en promedio para las vigencias 2016 – 2019 se obtuvo el 63%.																	
Con base en la Resolución 408 de 2018, a continuación, se relaciona el resultado del indicador a evaluar:																	
Cálculo del Indicador																	
Numerador: 859																	
Denominador: 1418																	
Resultado: 0.61																	
Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 3																	

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0.61	≥ 0.61	≥ 0.61	≥ 0.61	≥ 0.61
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseñar estrategias que permitan incrementar la captación temprana de gestante. ✓ Implementar las acciones definidas. ✓ Analizar y evaluar los resultados obtenidos de forma sistemática, tomando correctivos a las desviaciones encontradas. ✓ Seguimiento riguroso a la cohorte por parte de enfermería para asegurar la adherencia de las usuarias al programa ✓ Utilización de canales de comunicación de la entidad para promocionar la atención temprana prenatal 					

Fuente: Líder Programa Prenatal - DTA / Subgerencia Científica

Indicador No 22
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

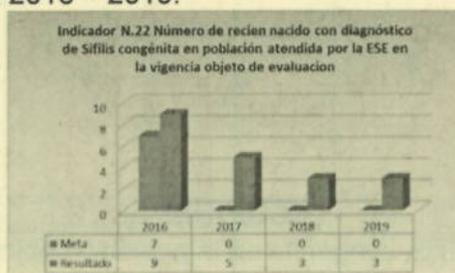
La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central. Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual. La sífilis congénita (SC) ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación ya sea por vía hematógono-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque la treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es posible que se prevenga el daño al feto, y de ahí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre de gestación.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

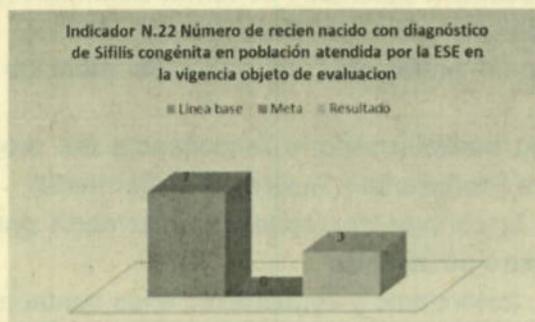
INDICADOR NO 22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	0	Concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de la ESE. COVE INSTITUCIONAL

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Resultados para las vigencias 2016 – 2019:



Se esperaba para las vigencias 2017 a 2019 que no se reportaran casos de sífilis congénita, sin embargo, se presentaron en promedio 3.6 casos y específicamente para el 2019 se obtuvo lo siguiente



Al comparar el resultado con la línea base, se observa un mejoramiento, sin embargo, al evaluar frente a la meta esperada no presentó cumplimiento; dentro de las causas atribuibles de esta desviación, la Secretaría de Salud Departamental notificó las siguientes:

- Baja percepción del riesgo para el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.
- Ruta de atención de promoción y mantenimiento de la salud ineficiente (habitante de calle)
- Debilidad en el trabajo articulado entre la aseguradora y la ESE para apoyo social al paciente y su familia.
- No se realizó el seguimiento a la gestante de acuerdo con el riesgo materno y perinatal, entre otras causas.

Es importante tener en cuenta que los casos en su mayoría correspondieron a gestantes habitantes de calle consumidoras de sustancia psicoactivas, las cuales nunca accedieron al control prenatal, siendo esta una problemática no solo del área de la salud, si no del nivel intersectorial.

Cálculo del Indicador:

3 casos

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 0.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	3	0	0	0	0

ACCIONES

- ✓ Impactar la incidencia de Sífilis congénita en la población objeto de la ESE
- ✓ Diseñar estrategias que permitan disminuir la incidencia de sífilis congénita.
- ✓ Implementar las acciones definidas.
- ✓ Analizar y evaluar los resultados obtenidos de forma sistemática, tomando correctivos a las desviaciones encontradas.
- ✓ Capacitaciones al personal profesional en guías de atención del programa de control prenatal.
- ✓ Fortalecimiento de grupo multidisciplinario responsable del programa de control prenatal (Medico Líder, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería)
- ✓ Seguimiento riguroso a la cohorte por parte de enfermería para asegurar la toma de la serología por cada trimestre gestación.
- ✓ Fomentar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los contactos sexuales de la gestante.

Fuente: Lider Programa Prenatal - DTA / Epidemiología

Indicador No 23**Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva**

La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad. La Hipertensión Arterial (HTA), es la tercera causa de morbilidad por consulta externa y las patologías cardiovasculares asociadas, constituyen la primera causa de mortalidad, como lo es el infarto agudo de miocardio (IAM).

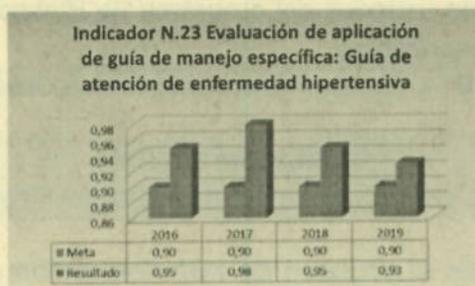
La hipertensión arterial es un problema de salud de particular importancia dadas su relevancia e impacto en la población general. Continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardio-vascular ya que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad.

Es de vital importancia, que se le dé especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes, manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario con enfoque de Ruta de grupo de RCV.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 23	Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE	≥ 0.90	Informe comité de Historias clínicas
Variable 2: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

El análisis del resultado de las vigencias anteriores permite ver en promedio un cumplimiento del 95%.



Pare el 2019 se identificó un decrecimiento de 0.2 puntos, sin embargo, el resultado obtenido es favorable, toda vez que se esperaba un cumplimiento del 90% y se logró el 93% de adherencia.

Los resultados de la muestra fueron aprobados por el comité de historias clínicas, donde se evalúa la adherencia a la guía de práctica clínica de la enfermedad hipertensiva.

Cálculo del Indicador:

Numerador: 96
 Denominador: 103
 Resultado: 0.93

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0.93	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90

ACCIONES

- ✓ Mantener la adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial con el fin de disminuir las complicaciones de esta enfermedad.
- ✓ Definir e implementar estrategias que permitan mantener la adherencia a la guía de atención para la enfermedad de Hipertensión Arterial al personal responsable de la atención.
- ✓ Evaluar mensualmente en forma aleatoria una muestra de las historias clínicas de hipertensos con cumplimiento de la guía de atención de enfermedad hipertensiva para medir la adherencia al programa de hipertensión arterial.
- ✓ Socializar los resultados a través del comité de historias clínicas de forma permanente.
- ✓ Implementar acciones de mejoramiento, si se identifican desviaciones.
- ✓ Capacitaciones al personal profesional encargado de los programas de Riesgo vascular.
- ✓ Retroalimentación de los resultados de auditorías al personal profesional del programa de Riesgo vascular.
- ✓ Seguimiento a la cohorte de usuarios del programa de Riesgo vascular, para búsqueda de insistentes y de usuarios priorizables.

Fuente: Lider programa de RCV, DTA, Auditor medico /Subgerencia Científica

Indicador No 24
Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo

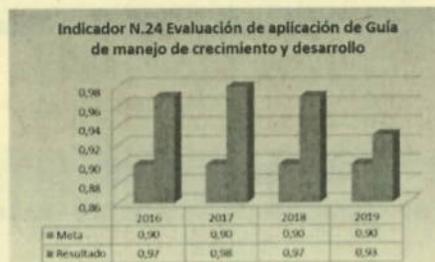
El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica. Es

fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños. Los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud. Ahora bien, por otra parte, es imprescindible que se realice un proceso de auditoría interna de la mano con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, que evalúe periódicamente la adherencia a la Guía de atención de Crecimiento y desarrollo, por parte del Recurso Humano profesional que ejecuta este programa.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 24	Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1: Numero de historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y desarrollo	≥ 0,80	Informe comité de Historias clínicas
Variable 2: Numero de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Durante los años evaluados se presentó un cumplimiento de la meta programada, obteniendo en promedio una adherencia del 96%.



A través de la auditoria de historias clínicas realizadas en cumplimiento al muestreo estadístico aprobado en el comité de historias clínicas, se verificó la adherencia a la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones en el desarrollo del menor de 10 años hasta el primer semestre, y en el segundo semestre se evaluó la adherencia a la ruta de primera infancia e infancia, en cumplimiento a la normatividad, obteniendo resultados favorables para la ESE.

Cálculo del Indicador:

Numerador: 215

Resultado: 0.93

Denominador: 232

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo	0.93	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
ACCIONES					
<ul style="list-style-type: none">✓ Capacitaciones al personal profesional encargado en la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el momento curso de vida primera infancia e infancia✓ Retroalimentación de los resultados de auditorías al personal profesional del programa de Crecimiento y Desarrollo.✓ Fortalecer las estrategias que garanticen la adherencia al programa de crecimiento y desarrollo como AIEPI, IAMI, PAI.✓ Evaluar mensualmente en forma aleatoria una muestra de las historias clínicas del programa de Crecimiento y Desarrollo, para determinar la adherencia de los profesionales de la salud a la guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.✓ Socializar los resultados a través del comité de historias clínicas de forma permanente.✓ Implementar acciones de mejoramiento, si se identifican desviaciones.					

Fuente: líder de Ruta, Líder PyMS, Auditor médico y de enfermería /Subgerencia científica

Indicador No 25
Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

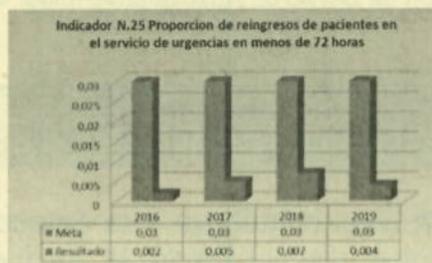
Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida. Este indicador dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamientos aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación al paciente.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR NO 25	Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
Variable 1 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso	≤0.03	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y protección social. Líder Calidad
Variable 2: Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia evaluada		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Para las vigencias 2016 – 2019 se tenía como meta que máximo el 0.03 de los pacientes reingresaran al servicio de urgencias por el mismo diagnóstico, sin embargo, gracias a las estrategias de auditoria y seguimiento implementadas se logró para las vigencias en promedio un reingreso del 0.0045 pacientes.



Al evaluar el resultado frente a la línea base y la meta esperada, los resultados fueron favorables, confirmando nuevamente que el personal médico presenta adherencia a las Guías de práctica clínica, y que el usuario atiende las recomendaciones que se le dan, generando como resultado una baja proporción de reingresos de pacientes.

Cálculo del Indicador:

Numerador: 112

Resultado: 0.004

Denominador: 28.874

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Reingresos por el servicio de urgencias	0.0045	≤0.03	≤0.03	≤0.03	≤0.03

ACCIONES

- ✓ Mantener la proporción de reingresos de pacientes en el servicio de urgencias en menos de 72 horas por debajo del estándar esperado.
- ✓ Inducción y reinducción al personal médico del servicio de urgencias sobre las guías de práctica clínica adoptados por la institución.
- ✓ Realizar auditoria permanente sobre los casos que se reporten como reingresos en el servicio de urgencias.
- ✓ Implementar acciones de mejora si se identifican desviaciones.
- ✓ Garantizar la resolutivez de la patología y eficacia de los tratamientos por el servicio de urgencias
- ✓ Fomentar en el personal asistencial la educación a los usuarios acerca de la importancia de la realización de forma adecuada del tratamiento prescrito, así como la identificación de forma temprana de signos y síntomas de alarma de la patología por la cual consulta.
- ✓ Educación continuada al personal médico y asistencial de la institución.
- ✓ Efectividad en el proceso de TRIAGE.
- ✓ Realización oportuna de paraclínicos y entrega de medicamentos.
- ✓ Velar por la seguridad del paciente con atención humana y de calidad.

Fuente: Auditoria, DTH, Coordinación de Servicios Hospitalarios /Lider Calidad

Indicador No 26

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médica general

Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR NO 26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médica general	
FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
<p>Variable 1: 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 médica general y la fecha para la cual es asignada la cita</p>	≤ 3	<p>Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y protección social</p> <p>Directora Técnica Ambulatoria</p>
<p>Variable 2: Número total de citas de medicina general asignadas en la institución</p>		

DIAGNOSTICO / SITUACION ACTUAL

Con el fin de dar cumplimiento a las metas propuestas se realizó seguimiento permanente, garantizando con ello, durante las vigencias un resultado oportuno de la atención para medicina general (en promedio 2.2 días).



El año 2019 presento resultados satisfactorios al compararlos tanto con la línea base, ya que disminuyo en 0.3 puntos y frente a la meta disminuyo en 0.4 puntos, obteniendo una oportunidad para la asignación de cita de primera vez de 2.6 días.

Cálculo del Indicador:

Numerador: 99.552

Resultado: 2.6

Denominador: 38.309

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	2.6	≤3	≤3	≤3	≤3

ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplir con el estándar en la oportunidad de la atención a los pacientes por el servicio de medicina general (3 días). ✓ Seguimiento al proceso de asignación de citas de primera vez. ✓ Definir estrategias que permitan garantizar el cumplimiento del indicador. ✓ Fomentar demanda inducida a los programas de detección temprana y protección impactando el indicador de consulta de morbilidad. ✓ Vincular el recurso humano que permita brindar la oportunidad de atención según los estándares. ✓ Facilitar por medios electrónicos y de comunicación la solicitud de las citas médicas. (citas telefónicas) ✓ Mantener la capacidad física instalada y la oferta del personal asistencial del servicio de consulta externa para atender la demanda.

Fuente: Proceso Calidad – Dirección Técnica Ambulatoria

8. EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Elaboración y presentación del informe de anual:

El Gerente de RED SALUD ARMENIA ESE, presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

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

Calificación del informe anual:

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

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo No 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en el Anexo No 4 "Matriz de Calificación" de la Resolución No 408 del 2018 y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

Criterios de Evaluación:

Los siguientes son los criterios de evaluación de los indicadores del presente plan de gestión gerencial, mismos que se encuentran contenidos en la Resolución 408 de 2018, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Criterios de Evaluación área de Gestión Gerencial y Estratégica

Área de Gestión	No	Ítems	Criterios
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Autoevaluación para el ciclo de preparación para la acreditación	<p>0: obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (<1,0); la ESE no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplica</p> <p>1: El resultado de la comparación esta entre 1,0 y 1,10</p> <p>3: El resultado esta entre 1,11 y 1,19</p> <p>5: El resultado es mayor a 1,2; la ESE obtuvo la acreditación en la vigencia evaluada; la ESE fue postulada a la evaluación externa por la entidad acreditadora y dicha postulación se formalizó con la firma del contrato entre la ESE y la entidad acreditadora durante la vigencia evaluada</p>
	2	Efectividad auditoria para el mejoramiento de la calidad	<p>0: menor o igual a 0,50 o si no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento continuo</p> <p>1: entre 0,51 y 0,70</p> <p>3: entre 0,71 y 0,89</p> <p>5: mayor o igual a 0,90</p>
	3	Gestión de la ejecución del plan de desarrollo	<p>0: Menor o igual a 0,50 o si la ESE no cuenta con plan operativo anual</p> <p>1: entre 0,51 y 0,70</p> <p>3: entre 0,71 y 0,89</p> <p>5: mayor o igual a 0,90</p>

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	0: Categoría RIESGO MEDIO o ALTO y no fue adoptado el programa de saneamientos fiscal y financiero 5: si la ESE catalogada con riesgo medio o alto adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero
	5	Evolución del gasto por UVR	0: Valor mayor a 1,10 1: Entre 1.0 y 1.10 3: Entre 0,90 y 0,99 5: Menor a 0,90
	6	Compra por cooperativas	0: Valor menor a 0,30 1: Entre 0,31 y 0,50 3: Entre 0,51 y 0,69 5: Mayor o igual a 0,70
	7	Deuda salarios mayor a 30 días	0: Registra deuda y variación interanual positiva 1: registra deuda y variación interanual es "0" 3: registra deuda y variación interanual es negativa 5: registra deuda "0"
	8	Utilización de RIPS	0: 1 informes a JD 1: 2 informes a JD 3: 3 informes a JD 5: 4 informes a JD
	9	Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	0: menor a 0,80 1: entre 0,80-0,90 3: entre 0,91 y 0,99 5: Mayor o igual a 1
	10	Oportunidad de la entrega de Información de circular única	0: No presentación oportuna 5: presentación oportuna
	11	Oportunidad de reporte de 2193	0: No presentación oportuna 5: presentación oportuna

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	21	Gestantes captadas antes de la semana 12	0: Menor a 0,35 1: Entre 0,35 y 0,60 3: Entre 0,61 y 0,84 5: Mayor o igual a 0,85
	22	Incidencia de sífilis congénitas atendidas por la ESE	0: 1 o más casos de sífilis congénita 5: cero casos de sífilis congénita
	23	Aplicación de guía específica para enfermedad Hipertensiva	0: Menor a 0.50 1: Entre 0.50 y 0.70 3: Entre 0.71 y 0.89 5: Mayor o igual a 0.90
	24	Aplicación de guía de Crecimiento y Desarrollo	0: Menor a 0.30 1: Entre 0.31 y 0.55 3: Entre 0.56 y 0.79 5: Mayor o igual a 0.80
	25	Reingreso a los servicios de Urgencias	0: Mayor a 0,10 1: Entre 0,06 y 0,09 3: Entre 0,031 y 0,059 5: Menor o igual a 0,03
	26	Oportunidad promedio de la atención de consulta médica general	0: Mayor o igual a 6 días 1: Igual a 5 días 3: Igual a 4 días 5: Menor o igual a 3 días

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.

RANGO DE CALIFICACION	CRITERIO	CUMPLIMIENTO PLAN DE GESTION
Puntaje Total entre 0,0 y 3,50	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje Total entre 3,50 y 5,0	Satisfactorio	Igual o superior al 70%

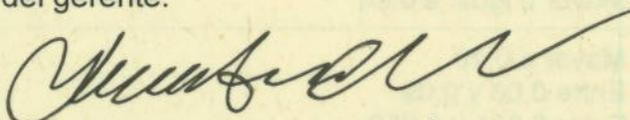
Notificación de Resultados

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

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del gerente.



JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ

Gerente

RED SALUD ARMENIA ESE