



Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2018-2019

**(Acorde a Res 408 de 15 de febrero de 2018.
Ministerio de Salud y Protección Social)**



ROSA MADERA SÁNCHEZ
Gerente

Soledad, Agosto de 2018



Presentado a:

**Honorable Junta Directiva
Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil
Ciudadela Metropolitana de Soledad**

Presidente Junta Directiva
Dr. JOSE JOAO HERRERA IRANZO
Alcalde de Soledad

Dra. EMILIA ELITÍN
Secretario de Salud Municipal

Dra. EDGAR REYES TRUYOL
Representante Área Administrativa ESE

Sr. ARGEMIRO RIVERA
Representante Usuarios ESE

Dra. ROSA MADERA SÁNCHEZ
Secretaria Junta Directiva

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACION	4
1. MARCO LEGAL	5
2. MARCO CONCEPTUAL	7
3. FORMULACION DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL	8
3.1. Componentes del Plan de Gestión 2018-2019	8
3.2. Fase de Preparación	9
3.3 Fase de Formulación	10
Area de Dirección y Gerencia	12
Area Administrativa y Financiera	17
Area de Gestión clínica o Asistencial	31
3.4. Fase de Aprobacion	41
3.5 Fase de Ejecución	41
3.6. Fase de Evaluación	41
4. CONCLUSIONES	43

PRESENTACION

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la **Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad** para el periodo 2018-2019.

En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva 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 los indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, establecida para los gerentes y directores en propiedad de las ESES..

Esta herramienta de gestión será la pieza fundamental para encaminar cada una de las acciones o planes complementarios o de apoyo que se tengan que realizar al interior de la empresa; en su diseño seremos consecuentes con el mandato de Ley que busca que la Gestión Gerencial se enfoque a 3 acciones fundamentales:

1. **Gestión de Dirección y Gerencial** encaminada al fortalecimiento Institucional
2. **Gestión Científica Asistencial** en el Marco del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
3. **Gestión Financiera y Administrativa** direccionada a la sostenibilidad de la E.S.E

El Plan Gerencial 2018-2019 de la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, se diseñó articulado con el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020 (Modificado para el periodo gerencial 2018-2019) el cual se presentara también para la revisión y aprobación de la Junta Directiva

De esta manera no se alterara en su esencia los planes gerenciales, los cuales deben estar articulados y sincronizados para facilitar la evaluación de cumplimiento de las metas propuestas por parte de la Junta Directiva y los entes de control

Aprovecho la oportunidad para agradecer al Presidente al Honorable Alcalde del Municipio de Soledad Doctor José Joao Herrera Iranzo y a todos los miembros de la Junta Directiva, el respaldo irrestricto que me brindan al seleccionar mi nombre para dirigir los destinos de esta importante institución .

Dra. ROSA MADERA SÁNCHEZ -Gerente

1. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 49. (Acto legislativo 02 del 21 de Diciembre de 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Artículo 49 de la Constitución Política quedará así: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”*.

Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 152 De 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 del 9 de Enero 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas.

Decreto 313 del 6 de febrero de 2008. Por medio del cual se reglamentan parcialmente las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1176 de 2007.

Decreto 800 del 14 de marzo de 2008. Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007. Ley 1438 del 19 de Enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

1. Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 692 de 1994 , Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1889 de 1994, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1748 de 1995 , Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1406 de 1999 , Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 1530 de 2003, Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 2577 de 1999 , Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 800 de 2003, Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 3667 de 2004, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas, Ver el Fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca 434 de 2010.

Ley 1753 del 9 de Junio de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2014-2018.

Decreto 2993 del 19 de Agosto de 2011. Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 710 del 30 de Marzo de 2012. 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. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 408 de 2018. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 111 de 1996. Este Decreto compila las normas de las Leyes 38 de 1989, 179 de 1994 y 225 de 1995 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto. Para efectos metodológicos al final de cada artículo del Estatuto se informan las fuentes de las normas orgánicas compiladas. **Decreto 115 de 1996.** Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y

Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.

Resolución 414 de 2014. Normas internacionales de información financiera.

Decreto 780 de 2016. Este decreto compila las normas únicas reglamentarias del Sector Salud

2. MARCO CONCEPTUAL

PLAN DE GESTIÓN: Es el documento en el que se plasman los objetivos y metas por cada área de gestión que el gerente de la empresa social del estado desarrollará durante su período legal, el cual servirá además para medir el nivel de su gestión por parte de la junta directiva, la cual podrá proponer su reelección para otro período o solicitar su remoción antes de que este termine.

ÁREAS ESTRATÉGICAS: El plan de Gestión contiene tres áreas estratégicas: la de gestión gerencial, la de gestión clínica o de prestación de servicios y la de gestión administrativa y financiera

GESTIÓN GERENCIAL Comprende los procesos de organización, dirección, información, operación y resultados

METAS DE GESTIÓN Para la evaluación del Plan de Gestión se adoptan los estándares establecidas en la Res 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 que se establecieron por el MSP como referentes de calidad esperada en cada vigencia

LÍNEA DE BASE es la primera medición de todos los indicadores contemplados en el diseño de un proyecto o plan y por ende, permite conocer el valor de los indicadores al momento de iniciarse las acciones planificadas, es decir, establece el 'punto de partida' del indicador

INDICADOR. Es un dato que pretende reflejar o indicar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados.

3. FORMULACION DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL

OBJETIVO GENERAL Definir el alcance y las metas de los indicadores de gestión; evaluando los resultados concernientes a la producción, el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de servicios y sostenibilidad financiera de la **Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad**.

3.1. Componentes del Plan de Gestión 2018-2019

El Plan de Gestión Gerencial 2018-2019 para la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad se formuló de conformidad con las disposiciones de la Resolución No. 710 del 30 de Marzo de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, expedidas por el 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 y sus anexos técnicos, 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.

El Plan de Gestión Gerencial 2018-2019 de la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, se estructura de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 710 de 2012 y sus anexos, su nivel de complejidad y su oferta de servicios, incluyendo las siguientes áreas:

Área de Gestión / Porcentaje De Ponderación	No Total	Indicadores Que Aplican a la ESE/ Según Norma
Dirección y Gerencia : 20%	3	Indicadores 1- 2 y 3
Financiera y Administrativa : 40%	8	Indicadores 4-5-6-7-8-9-10-11
Gestión Clínica o Asistencial: 40%	6	Indicadores 12- 13-14-15-16-17-
TOTAL	17	

Dando cumplimiento al Anexo 1. **Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del Plan de Gestión**. Se planteó para el ajuste al diseño y ejecución del Plan de Gestión gerencial las mismas 5 fases:

1. Fase de Preparación
2. Fase de Formulación
3. Fase de Aprobación
4. Fase de Ejecución
5. Fase de Evaluación

3.2. Fase de Preparación

En la etapa de formulación es importante resaltar la participación del equipo directivo, asesor y coordinadores de procesos, con quienes se establecieron las líneas de base y se definieron compromisos compartidos de gestión que permitan el logro de las metas establecidas

En jornadas de trabajo en equipo con participación de los funcionarios del nivel directivo y asesor, líderes de procesos de prestación de servicios de salud, administrativos y financieros se identificaron los indicadores aplicables a la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad de acuerdo a los definidos en las Resoluciones 710 del 30 de Marzo de 2012, 743 de marzo 15 de 2013, Res 408 de 15 de febrero de 2018 en su Anexo No. 2 Indicadores y Estándares por áreas de gestión. Se identificaron las fuentes de información y evidencias que permitan establecer la línea de base. La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial. Los resultados obtenidos de los indicadores a 31 de diciembre de 2017 serán las líneas de base para que en cumplimiento al nuevo marco legal en la Evaluación de Gerentes o Directores de E.S.E., establecidos por la Resolución 408 del 15 de Febrero de 2018 se dé cumplimiento a las directrices dadas por el nuevo marco Normativo.

En la tabla 1 definimos como se establecieron los anexos después de la expedición de la Res 408 de 2018 y las modificaciones realizadas a los anexos para que se tengan en cuenta al momento de formular, preparar y calificar el Plan de Gestión Gerencial.

Tabla 1. Anexos que definen metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión.

ANEXO	ESTADO NORMATIVO
Anexo N°. 1 Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión.	Sin modificaciones desde la expedición de la Res 710 de 2012
Anexo N°. 2 Indicadores y estándares por áreas de gestión.	Modificado por el art. 1, Resolución 743 de 2013 y nuevamente modificado por el Art 1 Res 408 de 15-02-2018
Anexo N°. 3 Instructivo para la calificación	Modificado por el art. 1, Resolución 743 de 2013 .y nuevamente modificado por el Art 1 Res 408 de 15
Anexo N°. 4 Matriz de calificación	Modificado por el art. 1, Resolución 743 de 2013 y nuevamente modificado por el Art 1 Res 408 de 15
Anexo N°. 5 Escala de resultados	Sin modificaciones desde la expedición de la Res 710 de 2012

Fuente: Anexo 2 .Indicadores y estándares por área de gestión /Nivel de atención Res 408/1

3.3 Fase de Formulación

Corresponde al diagnóstico inicial de la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, para cada uno de los indicadores aplicables.

Se identifica las fuentes de información para establecer la línea de base y formular el plan de Gestión. La metodología para recolectar la información de los diferentes indicadores se realizó a través de los siguientes mecanismos:

- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales los informes y evidencias de los indicadores o relacionados con cada uno de ellos.
- Certificado de los soportes del Ministerio de Salud y Protección social Y SUPERSALUD para el soporte en el cumplimiento de términos en la prestación de informes rendidos
- Revisión de informes presentados a entes de control

- Resultados del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero
- Se toman los resultados de cada indicador a con corte a 31 de diciembre de 2017, cuantitativa o cualitativamente, de tal manera que es posible conocer de manera general el punto de partida y proyectar situaciones deseadas para cada aspecto.

Esta fase lo que define la norma es realizar el diseño y formulación del Plan.

A continuación se describirá de manera integral la descripción de cada indicador; en cada uno de ellos se describirá la fórmula del indicador, el diagnóstico del estado del indicador o Línea de base que corresponderá al cierre de la vigencia 2017 con sus correspondientes observaciones.

Así mismo presentaremos el diagnóstico del Indicador a corte de 30 de junio del 2018, con la finalidad que se tenga una referencia de cómo está a la fecha cada uno de los indicadores, y de esta manera la actual administración establezca las medidas inmediatas para corregir desviaciones que se detecten en cualquiera de las áreas.

Al final de cada indicador se propondrá acciones de mejora inmediatas a desarrollar para el cumplimiento de dichas metas.

Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial.

I. AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Esta área se evalúa a través de 3 Indicadores de Dirección o estratégicos:

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

El artículo 2 del decreto 2181 de 2008, en su numeral 2 establece “*Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados*”.

La Autoevaluación se constituye en la fase inicial y punto de partida del Ciclo de preparación para la acreditación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

No 1 INDICADOR	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	
FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	
ESTANDAR PROPUESTO	≥ 1,20	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≥ 1,20	≥ 1,20
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Documento de autoevaluación Certificación de estado de implementación del Sistema Acreditación	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable de Oficina de Calidad	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	No se evaluó al cierre de la vigencia el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud .PAMEC	

Se inició el desarrollo e implementó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) Año 2017 en la ESE, como herramienta y componente del Modelo de Gestión de la Calidad en Salud, con el fin de garantizar la toma de decisiones oportunas y desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la seguridad, eficacia y eficiencia de los procesos

Al cierre de la vigencia 2017 aunque se realizaron acciones de mejoramiento, no se realizó cierre de ciclo de cumplimiento de los planes de mejoramiento del 2017 y autoevaluación 2018.

Se concluye que este Indicador a término de esta vigencia al aplicar la fórmula nos dará como Línea de Base **0** (CERO) ya que no se realizó la actividad exigida por el indicador

DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018

No se hizo levantamiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) Año 2018.

ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Frente a este indicador se pretende lograr la nivelación nuevamente del indicador de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, se programara realizar inmediatamente cierre de ciclo año 2017, realizar la Autoevaluación 2018, levantar los planes acorde a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema Único de Acreditación, evaluar estado actual de la calidad de los servicios, e involucrar en los planes los aspectos de: **seguridad del paciente, gestión del riesgo y aseguramiento de la calidad de los servicios** en torno al Proceso de Acreditación, criterios que solicita el Ministerio de Salud se involucren al levantar planes de mejoramiento. Otras actividades a mejorar: Cumplimiento de Cronograma de los comités institucionales y operativización de los mismos. - Mejorar el servicio de orientación y atención al usuario - Fortalecimiento de la cultura organizacional de mejoramiento y calidad. -

Indicador 2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

El PAMEC, se constituye en una herramienta de la Institución para desarrollar el ciclo de mejoramiento continuo, a partir del alcance definido para desarrollar las acciones de

**No 2
INDICADOR**

Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud

FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrado en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud .PAMEC	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.90	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≥0.90	≥0.90
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	SUPERSALUD	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable de Oficina de Calidad	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0.90	
Se desarrollaron las acciones de mejora de los planes levantados en el PAMEC 2017. Se definieron acciones de seguimiento y mejoramiento continuo de calidad de los procesos definidos como prioritarios, en los meses de Julio, Septiembre y Noviembre, logrando en noviembre un avance de acciones ejecutadas del 90%. Se considera el resultado frente a la meta cumple.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
Al no realizar la Autoevaluación para el levantamiento del PAMEC 2018 y revisar el enfoque que presenta la Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en el año 2018 , consideramos que la auditoria que se ha realizado hasta la fecha es producto de hallazgos de auditorías no articuladas con el Sistema Único de Acreditación , sino derivadas de otras fuentes aunque es meritorio el esfuerzo realizado y se cumple con el objetivo del Indicador , es importante que se inicie de manera oportuna todas las etapas del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud .PAMEC		
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO		
Como parte del diagnóstico que se adelanta en la ESE con el fin de desarrollar la gerencia su plan estratégico 2018-2019 , se debe establecer inmediatamente las acciones		

definidas para que se diseñe , documente , y se definan responsables del desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud .PAMEC , revisar a cuales de ellas se les debe dar continuidad e iniciar inmediatamente su desarrollo .

Indicador 3 .Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

El Decreto 1876 de 1996 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios.

La Gerencia de la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad en Noviembre del 2016 , diseño y presento a la Junta Directiva el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020 , a través del cual se fijaron los lineamientos que se desprendieron del estudio del sector, el municipio y la Empresa , estableciendo objetivos , líneas de acción y metas de que permitirían fijar políticas de desarrollo con coherencia al Plan y así obtener los resultados esperados.

No 3 INDICADOR	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
FORMULA	Numero de metas del POA cumplidas en la vigencia objeto de evaluación /Numero de metas del POA programadas en la vigencia objeto de evaluación.	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.90	
METAS POR VIGENCIA	2018 ≥0.90	2019 ≥0.90
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe debe contener como mínimo : Listado de metas Plan Operativo Anual POA del PDI 2017 aprobado y programado en la vigencia , indicando estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del Indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable Oficina de Planeación o Calidad	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE		

(Resultado a 31-12-17)	0,81
<p>En la vigencia 2017 el desarrollo alcanzado a Diciembre fue del 0,81 .Este indicador no cumplió a cierre de la vigencia la meta planteada , pero teniendo en cuenta lo amplio e innovador del Plan , se debe seguir desarrollando sus ejes y objetivos estratégicos</p>	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
<p>El Plan de Desarrollo de la vigencia 2018 ya fue definido su desarrollo de la vigencia a través del planteamiento del POA 2018 y publicado en la web .</p> <p>No se ha hecho seguimiento, pero si se están desarrollando sus actividades en los diferentes procesos responsables de su operación</p>	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
<p>Inmediato a aprobación del Plan de Gestión Gerencial , los responsables de procesos liderados por las subdirecciones Administrativa y Científica , deben hacer seguimiento al desarrollo del mismo a través del el Plan Operativo Anual POA 2018 de la ESE , para establecer debilidades y fortalezas de los ejes estratégicos y objetivos y definir acciones de intervención inmediatas donde se detecte pobre desarrollo y poco compromiso de los responsables</p>	

II. ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En esta área se evalúan 8 indicadores:

Indicador 4 .Riesgo fiscal y financiero.

Este indicador corresponde a lo contemplado en la Ley 1438 del 2011 artículo 80 y evalúa 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.

Las Entidades categorizadas en riesgo alto, deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero. La E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad fue categorizada en Riesgo medio de acuerdo a la Resolución 2184 de 30 de mayo de 2017 por la cual se categoriza el riesgo fiscal y financiero de las ESE del orden territorial. Por lo cual presento su Plan de Saneamiento Fiscal Y financiero el cual fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda , ya se hizo las primeras evaluaciones y se mantuvo en la evaluación del 2018 realizada por Hacienda a través de la Res 2249 del 30 de mayo su categorización en Riesgo medio lo cual le permite seguir accediendo a recursos para cubrir sus pasivos.

No 4 INDICADOR	Riesgo Fiscal y Financiero	
FORMULA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	
ESTANDAR PROPUESTO	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Acto administrativo de la Junta Directiva mediante el cual se adoptó el PSSF para las ESES, categorizado en Riesgo medio Resolución 2184 de Mayo 30 de 2016 Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017 .MSP Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 .MSP	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable Oficina de Subdirección Administrativa	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE		

(Resultado a 31-12-17)	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Riesgo medio –PSFF viabilizado
<p>Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. El PSFF contendrá medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las ESE; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria. (Ley 1608 y Decreto 1141 de 2013)</p> <p>Las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto pueden acceder al Programa siempre y cuando no hayan recibido recursos previamente y sean categorizados por primera vez en Riesgo medio o alto. A la fecha la ESE es el único hospital del Departamento que tiene su PSFF viabilizado y en ejecución.</p>	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
<p>EIPSSF es una herramienta técnica que permitirá al hospital con una adecuada aplicación de las medidas planteadas y aprobadas por el Ministerio de Hacienda, salir de la crisis y ser autosostenible a mediano plazo, el esfuerzo realizado se traduce en que sigue viable el plan en el 2018 y no se aumentó el riesgo</p>	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
<p>Realizar seguimiento estricto al desarrollo del Plan de Saneamiento</p> <p>Presentar un presupuesto de acuerdo a lo expresado en la Ley 1797 del 17 de julio de 2016, artículo 17. “Presupuestación de Empresas Sociales del Estado. Las Empresas Sociales del Estado elaborarán sus presupuestos anuales con base en el recaudo efectivo realizado en el año inmediatamente anterior al que se elabora el presupuesto actualizado de acuerdo con la inflación de ese año. Lo anterior, sin perjuicio, de los ajustes que procedan al presupuesto de acuerdo con el recaudo real evidenciado en la vigencia que se ejecuta el presupuesto y el reconocimiento del deudor de la cartera, siempre que haya fecha cierta de pago y/o el título que acredite algún derecho sobre recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las instrucciones para lo anterior serán definidas por j. el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contención del gasto a fin de generar un ahorro operacional que permita a la entidad ir cubriendo pasivos - Sanear la cartera. 	

- Saneamiento del pasivo

Indicador 5 .Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativos producidas. El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos

No 5 INDICADOR	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	
FORMULA	(Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia) / (Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación /Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	
ESTANDAR PROPUESTO	<0,90	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	<0,90	<0,90
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de Protección Social	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Área Financiera	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		



LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	Concepto	Resultado año evaluado	Resultado evaluación periodo anterior precios constantes	Var. frente al periodo anterior	
	Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación	a	28,330,915,296	20,935,090,245	1.35
	Producción equivalente(número de uvr producidas)	b	2,056,509.59	1,404,470.78	1.46
	Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)	c=a/b	13,776.21	14,906.03	0.92

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

A Diciembre de 2017, el indicador de evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, presenta una relación de **0,92** significando que la entidad para el año de evaluación, el gasto de funcionamiento más el de operación y comercialización se servicios creció en mayor proporción que la producción equivalente

No cumplió meta

DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018

Como el indicador se mide por no es posible realizarse su levantamiento a corte de junio de 2018

ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Se establece como estrategia de mejoramiento: Realizar control y contención efectiva de los gastos en la ESE y evaluación permanente del proceso de recaudo.

Racionalizar el gasto de operación comercial, gastos de personal y gastos generales

Verificar e los costos de producción acorde a los servicios prestados

Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso

Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos

Indicador 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán 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.

No 6 INDICADOR	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas, 2. a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. mecanismos electrónicos	
FORMULA	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor Total de las compras realizadas por medicamentos y material médico quirúrgico	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.70	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≥0.70	≥0.70
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	1. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. 2. Tipo de mecanismo utilizado para las compras 3.y 4. Certificación de aplicación de la fórmula del Indicador : Valor Total de adquisiciones realizadas de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por compras conjuntas /Valor total de adquisiciones programadas de medicamentos y material médico quirúrgico por compras conjuntas	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Revisor Fiscal/ o Contador	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		

LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	Cero (0)
Se estableció que los mecanismos utilizados en el 2017 para la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, no estuvieron en el marco de los criterios de exigencia del indicador 6.	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
Los mecanismos utilizados en el periodo transcurrido de este semestre para la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, no estuvieron en el marco de los criterios de exigencia del indicador 6.	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
Revisar opciones de compra para medicamentos e insumos que incluyan algunos de los 3 mecanismos propuestos por el Ministerio de la Protección Social o similares que cumplan el objetivo del indicador.	

Indicador 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

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

No 7 INDICADOR	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior
FORMULA	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
ESTANDAR PROPUESTO	Cero (0) o variación negativa

METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	Mantener variación o Disminuirla	Mantener variación o Disminuirla
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Certificación que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN / EVIDENCIA	Certificación del Revisor Fiscal o contador	

ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17

LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	Vigencia 2016		Vigencia 2017	
	NOMINA	1,343,953.00	NOMINA	3,953,044.0
	HONORARIOS	625,385,243.00	HONORARIOS	617,747,286.
	REMUNERACION	574,668,238.00	REMUNERACION	550,301,355.
	TOTAL	1,201,397,434.00	TOTAL	1,172,001,68
Se aprecia una disminución de la deuda interanual de una vigencia a otra de \$ 29.395.749				

Se logró disminución de la deuda interanual al cierre de la vigencia 2017, aunque no se cumple la meta optima del Indicador propuesta por la norma, si se logró un avance importante al disminuir la deuda de una vigencia a otra. Y su evaluación es **aceptable**

DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018

A la fecha se evidencia que aunque la variación es mínima al comparar los 2 semestres de la vigencia 2017-2018, se mantiene la tendencia de variación a la disminución de la deuda entre las 2 vigencias. Denotándose el esfuerzo por cumplir con los compromisos laborales.

2017-06		2018 -06	
NOMINA	172,298.00	NOMINA	-
HONORARIOS	228,288,954.00	HONORARIOS	233,809,280.00
REMUNERACION	292,135,028.00	REMUNERACION	271,765,712.00

TOTAL	520,596,280.00		TOTAL	505,574,992.00	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO					
<p>Realizar un análisis del personal contratado por servicios personales indirectos de acuerdo a capacidad instalada, de tal manera que se puedan disminuir los costos por este concepto, así mismo revisar costos de Servicios generales y otros conceptos</p> <p>Fortalecer recaudo de la operación corriente y vigencias anterior a fin de poder cancelar oportunamente a los contratistas.</p> <p>Conciliar la deuda por concepto de aportes de pensión de vigencias anteriores a fin de poder priorizar el pago a aquellos funcionarios que cumplen con requisitos para pensionarse.</p>					

Indicador 8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS

De acuerdo con la Resolución 3374 expedida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2000, los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud se definen como "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 existen como soporte de la venta de servicio; su denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades". El RIPS provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS). Igualmente el objetivo del Registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

No 8 INDICADOR	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS
FORMULA	No de Revisiones de RIPS en Junta Directiva del periodo evaluado

ESTANDAR PROPUESTO	4 (cuatro)	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	4	4
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe del responsable de calidad -planeación de gestión gerencial de la ESE 1. Fecha de los Informes presentados a la Junta Directiva 2. Periodo de los RIPS utilizados para el análisis 3. Relación de actas de Junta Directivas en las que Se presentó el informe. Certificación de la revisión realizada al Libro de Actas de las reuniones de la Junta Directiva	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable de planeación de gestión gerencial de la ESE	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	4 (cuatro)	
Se diseñaron, analizaron y reportaron a los miembros de la junta directiva los 4 informe correspondientes al año 2017		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
Se diseñó , analizo y reporto a la fecha de cierre del I sem 2018 a los miembros de la junta directiva, 1 informe correspondientes al I trimestre del año 2018		
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO		
Cumplir con los reportes de RIPS a la Junta Directiva .Establecer responsables de captura y análisis de la información. Presentar en Junta Directiva los 4 informes de RIPS en cada vigencia.		

Indicador 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo

las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

No 9		
INDICADOR	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	
FORMULA	Mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores	
ESTANDAR PROPUESTO	≥1.00	
METAS POR VIGENCIA	2018	
	≥1.00	
METAS POR VIGENCIA	2019	
	≥1.00	
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Ficha técnica de la pág. web del SIHO del MSP	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable Subdirector Financiero	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0,89	
	EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	
	Variable	2017
	Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,12
	Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,89
	Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,24
	Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,96
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	15.876,39	

Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	13.776,21
Gasto de personal por UVR (\$)	6.381,79

A Diciembre 31 de 2017 la relación Equilibrio presupuestal con recaudo esta en **0.89**, es decir por cada peso comprometido se recaudaron 89 centavos, de continuar este comportamiento, se hace cada día más difícil alcanzar el equilibrio.

la meta propuesta para el Año fue de ≥ 1.00 .

Lo que indica que **no se cumplió** la meta al final de la vigencia

DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018

2018 - 06	
INGRESOS	15,474,220,192.00
GASTOS	21,313,180,419.00
INDICADOR 09	0.726
INDICADOR %	72.60

A Junio 30 de 2018 la relación Equilibrio presupuestal con recaudo esta en **0.72**, es decir por cada peso comprometido se recaudaron 72 centavos, de continuar este comportamiento, al cierre de la vigencia el indicador tendrá una mayor desviación negativa. Se hace necesario revisar de inmediato y tomar medidas, ya que este resultado impacta de manera importante en la evaluación del PSFF al cierre de la vigencia.

ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Monitoreo permanente del flujo de recursos, a fin de garantizar el recaudo del ingreso por venta de servicios de acuerdo a la meta proyectada en el PSFF

Realizar contención del gasto a fin que los ingresos recaudados garantice el pago de las obligaciones corrientes del hospital

Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción los cuales deberán ser facturados de manera adecuada para disminuir el volumen de glosas, acompañado de un buen ejercicio de radicación y recaudo por venta de servicios

Indicador 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.

No 10 INDICADOR	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	
FORMULA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
ESTANDAR PROPUESTO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	SUPERSALUD	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable de Oficina de calidad /Información de la SNS	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	No Cumplimiento dentro de los términos previstos	
No se reportó en los términos. NO CUMPLE.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
En espera del resultado del Ente de control ,que define cumplimiento en los términos de la publicación de la información		
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO		
Se debe hacer seguimiento permanente a las áreas comprometidas en el proceso de consolidación, para el cumplimiento de la presentación de la información a la Supersalud		

Indicador 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 reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

No 11 INDICADOR	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	
FORMULA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
ESTANDAR PROPUESTO	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Ministerio de Salud y Protección Social	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Responsable de Oficina de calidad/ Información del MSP	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
Se realizó seguimiento al análisis y envió de la información del reporte del MSP de la 2193 el cual reporta CUMPLE garantizando la oportunidad en él envió y la veracidad de los datos reportados.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
En espera del resultado del Ente de control, que define cumplimiento en los términos de la publicación de la información		



ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Establecer Cronograma de Fechas de Informes , vía de entrega , norma que le aplica a Entes de Control y hacer seguimiento estricto de su cumplimiento por parte de la Gerencia

III ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

En esta área se evalúan 6 indicadores

Esta área estratégica involucra el componente misional / productivo de la ESE, enmarcada fundamentalmente dentro de la población objeto y su perfil epidemiológico, su Oferta de servicios, su papel dentro de la Red pública del Departamento del Atlántico, los servicios declarados y efectivamente prestados, la matriz de contratación con las diferentes Entidades Responsables del Pago, el talento humano misional y de apoyo, su formación, compromiso, tipo de vinculación, así como su capacidad física instalada para la prestación de los servicios.

Indicador 21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso de las gestantes en etapas tempranas de su gestación al programa de Control prenatal, garantizando la atención temprana de su embarazo la detección oportuna de riesgos inherentes a su gestación y entorno y evitando o minimizando la morbimortalidad de la gestante.

No 21 INDICADOR	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	
FORMULA	No de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE. A más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.85	
METAS POR VIGENCIA	2018 ≥0.85	2019 ≥0.85
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan : Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Aplicación de la fórmula del indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/	Subdirección Científica	

EVIDENCIA	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17	
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0,42
<p>En la revisión efectuada se detectó que no se cumplió a 31 de diciembre de 2017 la meta planteada, lo cual se traduce en deficiencia en la demanda inducida , en las estrategias implementadas de captación extramural , No se cumplió la meta establecida al cierre de la vigencia 2017</p>	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
<p>El resultado que se obtuvo al cierre del I sem del 2018 es de 0.42 , el cual arroja un nivel preocupante frente al compromiso con el programa de Control prenatal y Maternidad Segura el cual se encuentra enmarcado en las exigencias salud pública y es de obligatorio cumplimiento, igual que las diferentes acciones pertinentes a desarrollarlo por parte de las ESEs , por lo tanto es importante revisar de inmediato todas las acciones de planeación, ejecución y mantenimiento del programa ,generar intervención a las causales que han impactado negativamente el indicador y hacer monitoreo mensual para lograr el mejoramiento.</p>	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
<p>Establecer políticas que redundaran en beneficio de las estrategias que se realicen . Intervenir las acciones y estrategias de impacto por parte de los responsables Proporcionar un seguimiento continuo al cumplimiento de metas, lo que permitirá la posibilidad de identificar y priorizar los factores incidentes de manera oportuna Fortalecer el cumplimiento y adherencia que sirvan como base para un mejoramiento continuo, Realizar un análisis efectivo del indicador por parte del comité de Historias Clínicas, plantear acciones de planeación, ejecución y formulación de estrategias para el cumplimiento de las metas y calidad del servicio, es de vital importancia, para garantizar la adherencia de las usuarias al programa, ya que permite la identificación temprana de parámetros para la mejora continua que garantice altos estándares de calidad en la prestación del servicio de cuidado materno infantil.</p> <p>El no cumplimiento de las estrategias y políticas del Programa de Control prenatal y Maternidad segura conllevan al abandono del programa por parte de las gestantes captadas y al aumento de la morbilidad y mortalidad de la gestante.</p>	

Indicador 22. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

El programa de Control de la sífilis congénita, se encuentra enmarcado dentro de las exigencias de Salud pública y Atención Primaria ; es una infección de transmisión sexual, se estima que una proporción significativa pueden resultar en sífilis congénita o aborto espontaneo, complicaciones que son prevenibles con acciones efectivas de promoción y prevención , tecnologías asequibles y de bajo costo.

No 22 INDICADOR	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	
FORMULA	No de pacientes atendidos a los que se le aplico la Guía referenciada/Total de pacientes atendidos en el periodo evaluado	
ESTANDAR PROPUESTO	0 (cero casos)	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	0	0
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Cuando no exista casos de Sífilis congénita: 1. Concepto del COVE Municipal o Distrital que certifique la no existencia de casos 2 Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental o Distrital en el cual e certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ES E , en caso de Sífilis congénita diagnosticado	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	CONCEPTO DE COVE DE ENTE TERRITORIAL	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0 (CERO CASOS)	
En la identificación de la línea base y en lo anotado en acta de Comité de Historias Clínicas realizada para evaluar resultado de Indicadores del Plan de gestión se encontró que se cumple con la meta planteada no se han reportado casos.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
A cierre del I semestre de 2018, no se ha reportado casos , se continuaran con las estrategias de control y prevención para mantener las medidas y evitar presentación de		

casos

ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Acorde a instrucciones del MSP en la implementación en el 2018 de las RIAS las cuales se comprende como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, se requiere revisar las Guías y adecuar la herramienta actual, de manera que al realizar el seguimiento nos permita los aspectos que no cumplen en las nuevas mediciones propuestas

Capacitación a los responsables de la aplicación

Retroalimentación permanente a quienes no cumplen la exigencia del indicador y concertar plan de mejoramiento

Indicador 23 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía De Atención De Enfermedad Hipertensiva

La hipertensión arterial se encuentra dentro de las enfermedades de interés en salud pública, para las cuales están establecidas actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida, todas estas de obligatorio cumplimiento

No 23 INDICADOR	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía De Atención De Enfermedad Hipertensiva	
FORMULA	Numero de Historias Clínicas con la aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de atención	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.90	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≥0.90	≥0.90
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan : Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/	Subdirección Científica	

EVIDENCIA	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17	
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0,70
Al aplicar la fórmula del indicador se obtuvo un comportamiento satisfactorio de un 0.70 al cierre del 2017 , cifra No satisfactoria, puesto que la meta estándar propuesta de cumplimiento al Plan de gestión gerencial es de ≥ 90% de aplicación.	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
A cierre del I semestre de 2018, el resultado obtenido 0,92 muestra un excelente comportamiento del Indicador,	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
Mantener las estrategias y acciones de fidelización con el Adulto mayor para evitar la deserción al programa de esta población , a la cual para mantener su adherencia hay que revisar todos los factores que pueden generar en la deserción : edad, necesidad de cuidador , desplazamiento limitado por factores inherentes al paciente o económicos , etc..	

Indicador 24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento Y Desarrollo

Este programa se debe trabajar con estrategias de impacto para evitar la deserción y los factores socioeconómicos que afectan a las poblaciones pobres y vulnerables de las comunidades y así mismo promover la captación de sensibilizando a los padres y tutores de los menores

No 24 INDICADOR	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento Y Desarrollo	
FORMULA	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estricta de la guía de atención para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo/Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	
ESTANDAR PROPUESTO	≥0.80	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≥0.80	≥0.80

FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan : Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Subdirección Científica
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17	
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0,77
Al aplicar la fórmula del indicador se obtuvo un comportamiento del Indicador del 0,77 al cierre del 2017, que No cumple la meta .	
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018	
A cierre del I semestre de 2018, el resultado obtenido 0,91 muestra un excelente comportamiento del Indicador,	
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	
<p>Mantener las estrategias y acciones a los padres y acudientes para evitar la deserción al programa de esta población , para mantener su adherencia hay que revisar todos los factores que pueden generar en la deserción especialmente el nivel educativos y los socioeconómicos</p> <p>. Acorde a la Guía exigida por la norma realizar el seguimiento nos permita mes a mes intervenir los aspectos que no cumplen</p> <p>Capacitación a los responsables de la aplicación</p> <p>Retroalimentación permanente a quienes no cumplen la exigencia del indicador y concertar plan de mejoramiento</p>	

Indicador 25 Reingreso por el servicio de urgencias

No 25 INDICADOR	Reingreso por el servicio de urgencias
FORMULA	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del

	servicio de urgencias durante el periodo	
ESTANDAR PROPUESTO	≤ 0.03	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≤ 0.03	≤ 0.03
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan: Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Subdirección Científica	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	0 (cero)	
Al aplicar la fórmula del indicador se obtuvo un comportamiento del Indicador de 0 al cierre del 2017, que cumple la meta.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
A cierre del I semestre de 2018, el resultado obtenido 0,0006 muestra un excelente comportamiento del Indicador,		
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO		
Seguimiento a la ruta del paciente Pedagogía sobre el Triage y Uso de los servicios Fortalecer la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en este servicio con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento. Revisar los Sistemas de información		

Indicador 26 Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

El tiempo de respuesta en la asignación de citas es de gran utilidad para medir la suficiencia institucional, para atender la demanda de servicios que recibe el usuario, ya

que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutoria de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

No 26 INDICADOR	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/número total de consulta medicas generales asignadas en la institución.	
ESTANDAR PROPUESTO	≤ 3 DIAS	
METAS POR VIGENCIA	2018	2019
	≤ 3	≤ 3
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan : Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Definición y cuantificación de la muestra utilizada Aplicación de la fórmula del indicador	
RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA	Subdirección Científica	
ANÁLISIS DEL ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-17		
LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-17)	2,64	
Al cierre del año 2017, se aprecia la oportunidad en 2,64 días , lo que indica un óptimo comportamiento del Indicador especialmente si se tiene en cuenta el aumento de la población a atender, la migración de venezolanos.		
DIAGNOSTICO ESTADO ACTUAL DEL INDICADOR A 30-06-2018		
A cierre del I semestre de 2018, el resultado obtenido 2,3 muestra un excelente comportamiento del Indicador,		
ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO		



Realizar socialización y evaluar la adherencia a guías
Fortalecer la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en este servicio con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.
Revisar los Sistemas de información
Realizar y revisar en comité de calidad los resultados de las encuestas de satisfacción para intervenirlos

ANEXO .MATRIZ DE LINEAS DE BASE INDICADORES –METAS PGG 2018-2019



PLAN DE GESTION GERENCIAL 2018-2019						
Resolución 710 del 30 de marzo de 2012- Res 743 de 2013 -Res 408 de 2018						
RESULTADO OBTENIDO A 31-12-2017 VS METAS MINISTERIO SALUD Y PROTECCION SOCIAL						
AREA DE GESTION	No.	Indicador Res 408	Estándar por cada año	Línea Base a Diciem. 31 de 2017	METAS	
					META 2018	META 2019
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥1.20	0,00	≥1.20	≥1.20
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥0.90	0,9	≥0.90	≥0.90
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0.90	0,81	≥0.90	≥0.90
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,90	0,92	<0,90	<0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas, 2. a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. mecanismos electrónicos	≥0.70	0	≥0.70	≥0.70
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Monto de la deuda a 31-12-17 era de -\$ 29.395.749 .	Mantener variación o Disminuirla	Mantener variación o Disminuirla
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1.00	0,89	≥1.00	≥1.00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥0.85	0,42	≥0.85	≥0.85
	13	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos	0	0	0	0
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥0.90	0,70	≥0.90	≥0.90
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥0.80	0,77	≥0.80	≥0.80
	16	Reingreso por el servicio de urgencias	≤ 0,03	0	≤ 0,03	≤ 0,03
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤3	2,64	≤3	≤3

3.4. Fase de Aprobacion

Es la fase de presentación del Proyecto del Plan de Gestión Gerencial PGG a la Junta Directiva, en los términos definidos por la norma.

En esta fase se aprueba el Plan de Gestión gerencial si este se ajustó a la norma. Una vez aprobado se expide por parte de la Junta un Acto administrativo mediante el cual se aprueba y adopta. Se procede a enviar el PGG y todos los actos administrativos al Ente territorial departamental.

3.5 Fase de Ejecución.

Aprobado el Plan, la Gerencia debe desarrollar acciones que incluyen:

- Socialización del Plan a todos los responsables en forma de planes de acción, estableciendo responsables y metas.
- Articular el Plan de Gestión Gerencial con todos los planes que se levantan a nivel directivo.
- Nueva socialización del Plan de Desarrollo Institucional 2017 -2019 aprobado en la Junta Directiva , como complementario del PGG ya que corresponde al Indicador 3 de los Anexos
- Seguimiento al cumplimiento de planes operativos y su ejecución por parte de la Gerencia
- Revisión periódica del avance del Plan de Gestión Gerencial.
- Presentación anual de informe a la Junta Directiva sobre el cumplimiento del Plan. Esta debe realizarse en los términos que establece la norma

3.6. Fase de Evaluación.

A más tardar el 1 de abril de cada año, la Gerencia debe presentar el informe de la ejecución del Plan con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.

El informe debe contener los logros de los indicadores de gestión y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la Junta Directiva, junto con el informe de las causas de las desviaciones presentadas en los indicadores establecidos y el impacto en la gestión de estas desviaciones.

Para calificar el Plan se aplica el **Anexo 3. Instructivo para calificación** y el **Anexo 4. Matriz de calificación** modificada por la Res 408 de 2018 y con el resultado **obtenido se revisa el Anexo 5. Escala de Resultados** que no fue modificado y en el cual se refleja el resultado obtenido en la evaluación de la gestión de la anualidad.

Este anexo es de uso exclusivo de la Junta Directiva, el gerente evaluado presenta su Autoevaluación, la cual aprueba o no la Junta si está de acuerdo con los términos de la sustentación.

ESCALA DE RESULTADOS Anexo

Rango calificación (0,0-5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor del 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

4. CONCLUSIONES

Analizada la situación gerencial, científica, y financiera de la ESE, el Equipo Técnico liderado por la Gerencia que levanto el documento del Plan de gestión Gerencial 2018-2019 , encontró que por exigencia de la norma se van a tomar como línea de base los resultados obtenidos a 31-12-17 y esto obliga a realizar un gran esfuerzo administrativo, porque hay varios indicadores especialmente los financieros que tanto en la revisión de los resultados tomados como línea de base, como los que se establecieron a corte del 30 de junio de la anualidad , presentan desviación negativa frente al resultado y al estándar , por lo que se define :

1. Monitorear permanente los indicadores del Plan de Gestión Gerencial y los del Plan de Saneamiento Financiero e intervenir de inmediato las desviaciones detectadas
2. Revisar la efectividad en cumplimiento de las metas de producción esperadas según capacidad instalada
- 3 .Se hará seguimiento estricto a los gastos frente al recaudo, para controlar desajuste de este indicador para garantizar equilibrio financiero de la ESE

Atentamente,

ROSA MADERA SÁNCHEZ
Gerente