

**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**  
**Plan De Desarrollo Institucional 2020-2023**



**Juan Esteban Sánchez Páez**  
**Gerente**

Soledad, junio de 2020

**Presentado a**

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA**

Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil  
Ciudadela Metropolitana de Soledad

**DR. RODOLFO UCROS ROSALES**

Alcalde del Municipio de Soledad  
Presidente de Junta Directiva

**DR. LUIS FÁBREGAS**

Secretario de Salud Municipal

**DRA. SILVIO MARTÍNEZ BUSTOS**

Representante de los empleados públicos del Área Científica

**DRA. ORNELLA FIORENTINO CASADIEGO**

Representante de los empleados públicos del Área Administrativa

**JUAN ESTEBAN SÁNCHEZ PAEZ**

Secretario Junta Directiva  
Gerente



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>PRESENTACION</b>	<b>4</b>
<b>1.- PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b>	<b>7</b>
1.1. ¿QUIENES SOMOS?	7
1.2. NUESTRA MISIÓN	8
1.3. NUESTRA VISIÓN	8
1.4. NUESTROS PRINCIPIOS CORPORATIVOS	9
1.5. NUESTROS VALORES CORPORATIVOS	10
<b>2.- MARCO LEGAL</b>	<b>10</b>
<b>3.- MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>12</b>
<b>4.- OBJETIVO GENERAL</b>	<b>12</b>
<b>5.- ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>13</b>
5.1. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS	13
5.2. FASES DE DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	15
5.2. 1. Fase de Preparación	15
5.2.2. Fase de Formulación	16
I. AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	17
II. ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	25
III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	38
ANEXO. MATRIZ DE LINEAS DE BASE INDICADORES –METAS PGG 2020-2023	49
5.2. 3. Fase de Aprobación	50
5.2.4. Fase de Ejecución	50
5.2.5. Fase de Evaluación	50
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>

Tabla 1. Ficha Técnica de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad

Tabla 2. Consolidado Indicadores por Área de Gestión

Tabla 3. Anexos que definen metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión

Tabla 4. Escala de Resultados



## PRESENTACIÓN

La Gerencia de la Empresa **Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad** presenta a consideración de la Honorable Junta Directiva de la entidad el presente Plan de Gestión Gerencial PGG para el período 2020-2023, acorde a lo que reguló el Decreto 408 de 2018, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 710 de 2012, así mismo presenta, como un documento complementario el Plan de Desarrollo Institucional. PDI 2020-2023, acorde a instrucciones de la norma y teniendo en cuenta que el Indicador 3 del Plan de Gestión Gerencial monitorea el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023

El Plan de Gestión Gerencial PGG 2020-2023 será la carta de navegación para evaluar la gestión de la Gerencia y así mismo será el instrumento que le permitirá al Gerente autoevaluarse permanentemente y acorde a los resultados establecer acciones que le permitan intervenir cualquier desviación de los estándares relacionados con los lineamientos estratégicos, el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, la gestión del Talento Humano, la sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos.

Los resultados de los indicadores obtenidos a 31 de diciembre de la vigencia 2019 presentados en el último informe del Plan de gestión Gerencial Año 2019 y los resultados que se evidencian en las fichas técnicas del SIHO serán las líneas de base por normatividad para presentar el presente Plan de Gestión 2020-2023 y a su vez para evaluar los resultados de los indicadores al término de la vigencia 2020

En este punto es importante señalar que para mejorar el resultado de estos indicadores al término de la vigencia 2020, el esfuerzo a realizar es significativo, porque además de presentar algunos de los indicadores desviación negativa importante frente al estándar o meta definida por el Ministerio de Protección Social, se suma el impacto negativo que está interviniendo a muchos de ellos generados por la emergencia sanitaria que vive la humanidad y que por supuesto está afectando cada rincón del territorio colombiano en temas de salud pública, economía y bienestar mental y físico de la población colombiana

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 la 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

Dando cumplimiento a las disposiciones del diseño del documento nos enfocaremos en tres áreas estratégicas específicas:



1. **Gestión de Dirección y Gerencial** encaminada al fortalecimiento Institucional y a la calidad en la prestación de los servicios
2. **Gestión Científica Asistencial**, esta se enfoca en el Modelo de Atención de la prestación de los servicios de salud, su monitoreo y la fidelización de los usuarios a los programas y servicios
3. **Gestión Financiera y Administrativa** direccionada a la medición de la sostenibilidad financiera de la empresa, al compromiso con los entes de control, con los trabajadores y otros temas administrativos de interés para la gestión.

Asimismo, este PGG se diseña bajo los principios, políticas, y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma se armoniza con las dimensiones del Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022 *“Pacto por Colombia, pacto por la equidad”*, el Plan de Desarrollo Departamental *¡Atlántico para la Gente!* y el Plan de Salud Municipal de Soledad *“Gran Pacto Social por Soledad”*.

El presente PGG se enmarca en los componentes de la plataforma estratégica de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad y en la necesidad para esta Gerencia de llevar a cabo una gestión modelo para los habitantes del Municipio de Soledad, enmarcada en el nuevo modelo de atención, el cual incluye el manejo de la seguridad de los servicios, la humanización de la atención, la implementación de tecnologías de información y comunicaciones, la sostenibilidad financiera y liquidez que permita al Hospital ser una institución sólida, Humana Segura y competitiva.

La crisis generada por el coronavirus (Covid 19) y su fuerte impacto sobre la salud física y mental de la población, en el tema productivo y social de las entidades de salud obligó a una redefinición de los Planes de Desarrollo de estas entidades y es así como desde la perspectiva estratégica, hemos incluido nuestro Plan de Desarrollo líneas de acción innovadoras en sus áreas estratégicas entre ellas objetivos relacionados con la pandemia y la postpandemia en salud mental, la innovación de tecnologías con la inclusión de servicios de Telemedicina que nos permitan mitigar las barreras de accesibilidad a nuestros usuarios, garantizando la prestación de servicios a distancia y mitigando el riesgo de contagio

Aprovecho la oportunidad para agradecer a toda la comunidad hospitalaria la acogida y compromiso demostrado para realizar un trabajo en equipo de respeto y sentido de pertenencia para con la institución y con los usuarios y sus familias.

A la Junta Directiva y su Presidente el Honorable Alcalde de Soledad, Dr. Rodolfo Ucrós Rosales, les pido respaldo pleno para que con manos unidas trabajemos por esta Institución y logre ser una de las mejores de la Red Pública del Dpto. en este cuatrienio



Hospital  
de Soledad  
Materno Infantil  
Cuidamos de ti



GRAN PACTO SOCIAL POR  
**SOLEDAD**

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD

A mi familia su amor y comprensión de siempre y a Dios que me ilumine y me dé la sabiduría para mi mayor reto, servirle a la comunidad Soledaña a través de una atención de salud: segura, humanizada y con calidad.

Cordialmente,

---

**JUAN ESTEBAN SÁNCHEZ PÁEZ**  
Gerente E.S.E.



## 1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### 1.1. ¿QUIENES SOMOS?

La ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, del primer nivel de atención o menor complejidad en salud, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativo sometida al régimen jurídica previsto el capítulo III de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994 y demás normas que los adicionen o modifiquen. En razón de su autonomía, la entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida

Tabla 1. Ficha Técnica de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad

Nombre de la ESE		HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT		802013023-5
Nivel de Atención		1
Carácter Territorial		Municipal
Departamento		Atlántico
Municipio Sede Principal		Soledad
Dirección sede principal y tipo		Cra 53 a nº8-10 ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad
Dirección y tipo de sedes adicionales		C.S. Maclovia Calle 69 No 15ª - 23
		C.S. Salamanca Cra 37b No 25-41
		Villa Estadio Cra 14 No 69-11
		C.S. Costa Hermosa Cra 40 No 33-06
		C.S. Ciudad Metropolitana Calle 53ª No 8-10
		C.S. 13 De Junio Cra 19 No 25-21
		C.S. La Esperanza Cra 14 No 13-17
		C.S. El Parque Calle 43 No 43ª-05
	C.S. Manuela Beltrán Calle 40 No 10-11	
Código prestador REPS		875800161
Acto de creación de la ESE		Creada mediante Acuerdo 005 del 23 de agosto del 2000
Acto administrativo de adopción de estatutos		Acuerdo 021 del 6 de septiembre de 2012
Información gerente actual		Juan Esteban Sánchez Páez -Acta de Posesión del 30 de Abril de 2020 y nombrado mediante Decreto N° #160 de del 21 de abril del 2020



	Celular Gerencia: 3015725793
<b>Teléfono</b>	035 -3759400
<b>Celular WhatsApp para citas</b>	305 331 26 30 (WhatsApp Para Citas De 7 am a 6 pm)
<b>Correo electrónico</b> <b>Página web</b>	<a href="mailto:hospital@maternoinfantil.gov.co">hospital@maternoinfantil.gov.co</a> <a href="http://www.maternoinfantil.gov.co/">www.maternoinfantil.gov.co/</a>

La dirección y administración está a cargo de la Junta Directiva y de un Gerente. La Junta Directiva de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad está integrada por el Sr. Alcalde Municipal de Soledad o su Delegado, quien la presidirá, el Secretario de Salud del Municipio de Soledad o quien haga sus veces, un representante del estamento científico interno de la institución, un representante del sector administrativo de la institución y un representantes de la comunidad que debe ser un representante designado por las Alianzas o Asociaciones de usuarios legalmente establecidos mediante convocatoria realizada por la Dirección Seccional de Salud.

A las reuniones de Junta Directiva concurrirá por derecho propio, con voz, pero sin voto el gerente de la empresa quien actuará como Secretario Ejecutivo de la misma.

## 1.2. NUESTRA MISIÓN

Brindar una atención segura en salud enmarcada en la implementación del Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, con un equipo profesional altamente calificado y comprometido con la calidad, la eficiencia y el trato humanizado para el beneficio permanente de nuestros usuarios y sus familias.

Promovemos la docencia y la investigación, apoyados en una tecnología avanzada y las TICs, como mecanismos de comunicación innovadores, desarrollados en total armonía con el medio ambiente, generando así un alto grado de responsabilidad social.

## 1.3. NUESTRA VISIÓN

Nos proyectamos en el 2024 como la Empresa Social del Estado de baja complejidad de mayor proyección en el departamento del Atlántico y de referencia regional, con sostenibilidad financiera, y reconocida social e institucionalmente por su modelo de gestión integral y sostenible, basado en procesos de calidad, con talento humano calificado y humanizado, apoyado en una tecnología innovadora con enfoque ambiental, que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de Soledad y sus alrededores.



#### 1.4. NUESTROS PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Trabajo en equipo:** Impulsamos las acciones y el pensamiento de la ESE, lo que hace competente a la organización y a los que la conforman, en la búsqueda del bien común, mediante el acuerdo de voluntades y esfuerzos.
- **Mejoramiento continuo:** Trabajamos constantemente en el afianzamiento y mejora de nuestras acciones para lograr ser competitivos y productivos.
- **Actitud de servicio:** Actuamos con disposición permanente hacia nuestros clientes para ofrecer servicios con oportunidad, amabilidad, calidez, eficacia y seguridad.
- **Defensa del medio ambiente:** Conservamos el medio ambiente en defensa de la vida y de la existencia del planeta como lo esencial para la sostenibilidad de la calidad de vida de las personas.
- **Trabajo honesto y transparente:** Es la obligación de los sujetos, de hacer del conocimiento público las actuaciones en ejercicio de sus atribuciones; generando un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre la administración y la sociedad de tal forma que los ciudadanos estén informados y conozcan las responsabilidades, procedimientos, reglas, normas y demás información generada por el hospital en un marco de abierta participación social y escrutinio público.
- **Eficiencia:** Está vinculada a utilizar los medios disponibles de manera racional para llegar a una meta. Se trata de la capacidad de alcanzar un objetivo fijado con anterioridad en el menor tiempo posible y con el mínimo uso posible de los recursos, lo que supone una optimización.
- **Seguridad del Paciente:** es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.
- **Humanización:** el reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente, de tal manera que él sienta que es el centro de la atención, valorado como persona con todos sus derechos.
- **Calidez:** transmitir al paciente y su familia calor humano genuino, generar empatía, tener una actitud diligente y optimista y propiciar un ambiente cálido y agradable.
- **Comunicación asertiva:** Generamos confianza y establecemos canales de comunicación eficaces que permitan escuchar las necesidades, sentimientos, deseos y opiniones del usuario interno y externo y permitan transmitirle de una manera clara y cálida la información que se requiere de acuerdo a la condición de cada ser humano.

#### 1.5. NUESTROS VALORES CORPORATIVOS



- **Honestidad:** conducta recta y honrada que lleva a observar normas y compromisos así como a actuar con la verdad, lo que denota sinceridad y correspondencia en lo que se hace, en lo que se piensa y en lo que se dice.
- **Respeto:** es la valoración que permite al ser humano reconocer, aceptar y apreciar las cualidades y derechos, tanto hacia nosotros mismos como hacia quienes nos rodean
- **Compromiso:** es un vínculo basado en su grado de implicación emocional e intelectual con la organización
- **Diligencia:** es hacer lo correcto, antes, durante y después del desarrollo de todos los proyectos. Implica identificar las debilidades para corregirlas y los riesgos para mitigarlos, mediante acciones concretas que aseguren el cumplimiento de los principios, valores y políticas adoptadas voluntariamente
- **Justicia:** Principio moral que inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde.

## 2. 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.
- ❖ **Resolución 1096 de 2018.** Por medio de la cual se corrige la Res 408 de 2018
- ❖ **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 780 de 2016.** Este decreto compila las normas únicas reglamentarias del Sector Salud



### 3. MARCO CONCEPTUAL

- ❖ **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
- ❖ **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.
- ❖ **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
- ❖ **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
- ❖ **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.

### 4. 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.



## 5. ESTRUCTURA DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023

El Plan de Gestión Gerencial 2020-2023 para la E.S.E Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad se estructuró 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 2020-2023 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 áreas que se describen a continuación:

**Tabla 2. Área de Gestión /Porcentaje de ponderación**

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

\* El Indicador 10 del Área Financiera no se incluye para el Diseño del Plan de Gestión Gerencial 2020-2023 por las razones que expondremos más adelante cuando discriminemos la ficha técnica de cada indicador.

### 5.1 LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Las Resoluciones 408 de 2018, 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres áreas:



- ❖ Dirección y Gerencia con un peso en la calificación del PGG del 20%.
- ❖ Gestión Financiera y Administrativa con un peso en la calificación del PGG del 40%.
- ❖ Gestión Clínica y Asistencial con un peso en la calificación del PGG del 40%.

La metodología para recolectar la información de los diferentes indicadores se realizó a través de los siguientes mecanismos:

- ❖ Evaluación de los resultados de los indicadores a cierre del año 2019, revisados y aprobados por la Junta Directiva en marzo de la vigencia y revisión de los entregables
- ❖ 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 antes de control
- ❖ Resultados del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero
- ❖ Se toman los resultados de cada indicador a con corte a 31-12-2019

A continuación, describimos la ficha técnica establecida por indicador con las exigencias que establece la Resolución 743, el estado de las líneas de base se tomó a 31-12-2019 de datos obtenidos del Informe de Gestión Gerencial del año 2019 realizado por la gerente saliente Dra. Rosa Madero y aprobado por la Junta Directiva, acorde a lo que exige la norma: que *“la línea de base debe ser resultado de un periodo anual.”*

Los responsables de la gestión de áreas realizan observaciones del estado actual de cada indicador relacionados con la desviación positiva o negativa que han presentado cada uno de los indicadores.

Los componentes o variable de la estructura o ficha técnica para plantear los indicadores son:

- **Nombre del Indicador** : Se transcribe textual de la norma
- **Formula:** Se transcribe textual de la norma
- **Línea de Base. Análisis del Estado del Indicador** En este campo debemos aclarar que por norma el estado de las líneas de base de cada indicador se toma acorde a los resultados de la anterior vigencia, en este caso los alcanzados a 31-12-2019, y los resultados de la ESE del año 2019, publicados en la página SIHO por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Ver Fuentes del Plan.**
- **Estándar propuesto y metas por vigencia** : Se toma el que define la norma
- **Fuente de información** : Se toma el que define la norma
- **Responsable de certificar la evidencia:** Se toma el que define la norma o el Subgerente del área
- **Estrategia de mejoramiento o mantenimiento del estado del Indicador.** No está en la norma, pero se incluye este campo , como resultado del Diagnóstico realizado al indicador al cierre de la vigencia anterior

## 5.2 FASES DE DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

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:

- 5.2.1 Fase de Preparación
- 5.2.2 Fase de Formulación
- 5.2.3 Fase de Aprobación
- 5.2.4 Fase de Ejecución
- 5.2.5 Fase de Evaluación

### 5.2.1 Fase de Preparación

En esta etapa se definió un Equipo Técnico, liderado por la Gerencia y conformado por la Alta Gerencia y los asesores definiéndose acorde al nivel de complejidad de la ESE y su oferta de servicios 16 Indicadores que aplicaban a la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, seleccionados de un total de 30 que propone la norma, Resolución 710 de 2012/ Resolución 743 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 de la entidad a 31 de diciembre de 2019 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 2019 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 3. Anexos Técnicos que definen metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión, se establecieron las modificaciones realizadas a los anexos técnicos de las Resoluciones de Ley relacionadas con el PGG para que se tengan en cuenta al momento de formular, preparar y calificar el Plan de Gestión Gerencial.

**Tabla3. Anexos que definen metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión.**



ANEXO	MODIFICACIONES A LA NORMA
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

### 5.2.2 Fase de Formulación

Esta fase 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.

A continuación, describimos los indicadores que corresponden a cada área estratégica:



## I. AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

El objetivo de esta área se fundamenta en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad y la implementación gradual y sistemática de los 4 componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional: el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos

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.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” .Esta es la premisa de este indicador esforzarnos cada día en ser mejores estableciendo metas o acciones de mejora de alta exigencia .

<b>No 1 INDICADOR</b>	<b>Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior</b>			
<b>FORMULA</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>≥ 1,20</b>			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Documento de autoevaluación Certificación de estado de implementación del Sistema Acreditación			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Responsable de Oficina de Calidad			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				



Hasta la vigencia 2018 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación, con sus respectivos planes de mejoramiento bajo la Resolución 123 de 2012, arrojando den esta anualidad aplicada la fórmula de la Res 408 de 2018: **1,53**

Para la Autoevaluación del 2019, se presenta un cambio de norma la Res 5095 de 2018 la cual expide un nuevo Manual de Acreditación, el cual tiene mayores exigencias en sus estándares e inclusión de los nuevos estándares de Seguridad del Paciente y Talento Humano. En la ESE la decisión de adelantar el PAMEC se tomó en el mes de octubre de 2019, lo cual generó que se priorizaran un número muy inferior a lo esperado y permitió que el resultado obtenido al realizar la fórmula que establece la norma arrojará un resultado de mayor avance con respecto al año anterior: **1.84**

A continuación presentamos el comportamiento de la autoevaluación por anualidad a comparar 2018/2019, el planteamiento de la fórmula y el resultado del indicador por vigencia

Año	Resultado autoevaluación a 31 de diciembre	Resultado del Indicador
2018	1,53	1,53
2019	1,84	1,84

Al aplicar la fórmula con el resultado obtenido al cierre del 2019

FORMULA DEL INDICADOR		RESULTADO INDICADOR 2019
Resultado año 2019 / Resultado año 2018	1,84 / 1,53	1,20

Según el resultado obtenido al aplicar la fórmula, se alcanzó la meta arrojando una calificación de 5.

#### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Realizar capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones.
- ❖ Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación.
- ❖ Autoevaluar anualmente el cumplimiento de los planes de mejoramiento



levantados por los Grupos de Acreditación

- ❖ Analizar las necesidades de información de cada una de las áreas de gestión.
- ❖ Articular el Sistema de información, a las áreas de gestión de acuerdo a las necesidades de información evidenciadas
- ❖ En el levantamiento del PAMEC que iniciamos desde nuestro ingreso a la institución se plantea para esta vigencia dada las implicaciones que está generando la pandemia y que están repercutiendo en las actividades misionales y por supuesto en la calidad de la atención, priorizar procesos y oportunidades de mejora enfocadas a la seguridad del paciente, a los derechos y deberes de los ciudadanos y a aquellas relacionadas con estándares que nos permitan acciones de intervención de las secuelas físicas, mentales y de la operatividad de los servicios y de los procesos afectados durante la emergencia.
- ❖ También se va a tener en cuenta la implicación en temas administrativos, financieros y sociales que esta emergencia sanitaria está generando en la comunidad y que impactará directamente también en tópicos de la institución, por lo cual en los estándares relacionados también tendremos en cuenta priorizar oportunidades de mejora y plantear acciones que nos permitan ser líneas de base para las próximas vigencias y mostrar el mejoramiento continuo en el tiempo a través del PAMEC de esos criterios que resaltáramos en la vigencia
- ❖ Tenemos como tarea inmediata actualizar y documentar los procesos acorde a los cambios, incluir nuevos procedimientos, todo esto sumado a los cambios que plantean en los servicios, infraestructura y procesos prioritarios la norma de habilitación Res 3100 de 2019, a la transformación del modelo de atención hospitalaria, cambios en el aseguramiento, población migrantes fluctuante, en fin, muchos retos para todos los responsables de la calidad en la prestación de los servicios y en especial un gran reto para la Gerencia.

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 1,20**

## **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, y se toma como línea de base las acciones que se desarrollaron en el ciclo de la vigencia anterior reportadas a la Supersalud. Dejamos claro que aunque la acreditación es un componente del Sistema de Garantía de la calidad voluntario, para las instituciones públicas si es obligatoria su adopción.



<b>No 2 INDICADOR</b>	<b>Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud</b>			
<b>FORMULA</b>	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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>≥0.90</b>			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	SUPERSALUD			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Responsable de Oficina de Calidad			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
<p>Al cierre del año 2019 y revisar el cumplimiento de este indicador se apreció en el Informe del Plan de Gestión presentado por la gerente saliente lo siguiente: se planearon 27 actividades de mejoras, de las cuales se lograron cumplir 26 actividades que corresponden a un <b>0,96</b>.</p> <p><b>DATOS REPORTADOS A LA SUPERSALUD :</b></p> <p><b>Fecha Inicial :</b> 22-11-2019  <b>Fecha final :</b> 29-11 -2019  <b>Documentos soportes :</b> 12  <b>Procesos estandarizados:</b> 6  <b>Auditorias realizadas</b>  <b>Acciones programadas :</b> 27  <b>Acciones ejecutadas :</b> 26</p> <p>Al aplicar la fórmula de la Res 408 de 2018 para este indicador obtuvimos un cumplimiento del <b>96%</b>.</p> <p><b>Se anota que estas acciones correspondientes al PAMEC se registraron en el informe como si se hubiesen realizado en 8 días, lo anterior para tener en cuenta si el ente de</b></p>				



control hace anotación al respecto.

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Redireccionar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
- ❖ Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución.
- ❖ Establecer acciones de mejora planteadas por los diferentes grupos de acreditación, las cuales se deben desarrollar en la vigencia.
- ❖ Importante resaltar que estas acciones van articuladas con el Indicador 1 o sea que acorde a las acciones de mejora que planteemos en el desarrollo del PAMEC para el 2020, es la línea de base para el Indicador 2 y sus entregables son los documentos que soportan lo realizado en torno al cumplimiento de las acciones. De ahí que los retos para el cumplimiento de estos 2 indicadores sean los mismos: grandes cambios a intervenir en términos de prestación de servicios, de calidad, de seguridad del paciente durante la pandemia, de implementación del nuevo modelo de atención, uso de tecnologías a distancia (Telemedicina) para la atención de pacientes y las dificultades que esto conlleva por la limitación de la población pobre y vulnerable a estas tecnologías El compromiso es fortalecer la auditoria para el mejoramiento de la calidad a través de la conformación de Grupos de trabajo conformados por los líderes de procesos y auditores de calidad con experticia que garanticen el desarrollo de las acciones de mejoramiento y se cumplan los lineamientos y medidas relacionados con la prestación de los servicios de cara a la pandemia : ese es el reto.
- ❖ Teniendo en cuenta que a partir 19 de Noviembre de 2018 entró en vigencia mediante resolución 5095 de 2018 el nuevo Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. y su difusión por parte del Ministerio y los entes territoriales no ha sido desplegada como se esperaba, debemos afianzar para el año 2020 el manejo de este manual, y fortalecer el conocimiento a los equipos de los ajustes realizados a los estándares de acreditación y a los procesos asistenciales.
- ❖ El Cronograma PAMEC 2020 se ajustó a partir del mes de Mayo del 2020, ya que en los primeros 4 meses no se desarrollaron acciones, solo el acto administrativo de adopción.

Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0,96

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



El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar. En este contexto es importante resaltar que el Plan de Desarrollo 2020-2023 de la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad se orienta a tres objetivos estratégicos a saber: Fortalecimiento de la gestión institucional, la transformación del modelo de salud enmarcado en la implementación del MAITE y garantizar la auto sostenibilidad financiera

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	2020	2021	2022	2023
	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe debe contener como mínimo : Listado de metas Plan Operativo Anual POA del PDI 2019 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			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
El resultado obtenido de la evaluación del POA en el Informe del PGG del año 2019 fue tal como se señala en cuadro anexo:				



Nº ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
298	90% a 100%	En la vigencia evaluada 298 actividades que cumplieron con más un 90% de ejecución.	Satisfactorio
21	51% a 89%	En la vigencia evaluada 21 actividades que cumplieron entre el 51% y el 89% de ejecución.	En desarrollo
16	1% a 50%	En la vigencia evaluada 5 actividades que cumplieron entre el 1% y el 50% de ejecución.	Bajo desarrollo
5	0%	En la vigencia evaluada 16 actividades no se ejecutaron en ninguna oportunidad.	Sin desarrollo
340	93%	En la vigencia evaluada el porcentaje de ejecución total de las actividades programadas se estima en un 93% de cumplimiento	
304	90%	En la vigencia evaluada cumplieron a satisfacción según la meta planteada en el plan operativo anual 304 actividades de 340 proyectadas	

Se registran un 90% de actividades ejecutadas con cumplimiento satisfactorio sobre las programadas a principios de la vigencia para realizar el cálculo del indicador del año en vigencia evaluado. Cabe resaltar que el promedio de ejecución total de las actividades fue de un 90% obteniendo una calificación de 5 para el indicador en la vigencia evaluada.

Resultado según el Informe fue de

No	Indicador	Formula indicador	NUM	DEM	Resultado	Estándar por año	Calificación de resultado
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas cumplidas/ número de meta programadas.	306	340	90%	> 0 igual a 0,90	5

En la vigencia 2019 el desarrollo alcanzado a 31 de Diciembre fue de **0.90** según lo planteado en el informe

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Elaborar un diagnóstico integral que refleje la realidad de la institución y contribuya a los componentes estratégicos de la planeación
- ❖ Establecer estrategias, actividades y metas
- ❖ Formulación del Plan de desarrollo Institucional
- ❖ Construcción del Plan Operativo Institucional y los planes operativos por áreas, servicios y/o procesos
- ❖ Monitoreo sistemático al comportamiento de indicadores
- ❖ Evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional
- ❖ El planteamiento del nuevo Plan de Desarrollo y PGG 2020-2023 se articuló a los Planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, entre los



objetivos planteados en las diferentes áreas estratégicas , algunos van articulados a los efectos de la pandemia producida por el Covid19, en lo misional y administrativo algunos muy puntualmente se enfocan a la prevención, manejo y atención de las secuelas mentales y físicas que deje la pandemia en la población Soledaña y en la comunidad hospitalaria

- ❖ Proponemos también ajustar el nuevo modelo de atención, levantar la nueva Plataforma estratégica, hacer más competitiva la ESE, habilitar sus servicios con la nueva norma y ampliar el desarrollo de las TICS en la ESE.

Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0,90

## II. ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En esta área se evalúan 8 indicadores según los indicadores que no corresponden, pero por razones que detallaremos en la descripción del estado del Indicador 10 correspondiente, evaluaremos el área con 7 indicadores.

### Indicador 4. Riesgo fiscal y financiero

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de una medida administrativa efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado durante todas las vigencias, a partir de lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 que expresa "*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*". Con esta categorización, se busca cumplir con lo reglamentado en el artículo 219 de la Ley 1753 de 2015 o Plan de Desarrollo y la Resolución 5597 de 2015, para que las ESE puedan presentar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Para realizar la categorización de las ESE, el Ministerio de Salud y Protección Social se basó en la metodología establecida a través de la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2090 de 2014.

No INDICADOR	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Adopción programa saneamiento fiscal y financiero			
ESTANDAR PROPUESTO	Adopción programa saneamiento fiscal y financiero			
METAS POR VIGENCIA	2020	2021	2022	2023
	Adopción programa saneamiento fiscal y financiero			



<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Evaluación de la vigencia 2019, calificada por el Ministerio de Salud y la protección Social
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerente del Área Administrativa y Financiera

**ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019**

La E.S.E Hospital Materno Infantil de Soledad fue categorizada en riesgo medio por medio de la Resolución 2184 de mayo de 2016 del Ministerio de salud y Protección Social, por lo cual la Gerencia a través de Resolución 218 del 5 de septiembre del 2016 adoptó el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, el cual fue aprobado por el Ministerio de Hacienda.

El monitoreo del programa está a cargo de la ESE, y el seguimiento trimestral lo hace la Secretaria de Salud del departamento y en función del cumplimiento de metas y objetivos propuestos, el Gobernador del Dpto. debe emitir periódicamente informes de seguimiento al Ministerio de Hacienda, teniendo en cuenta el progreso en el alcance de metas el Ministerio de Salud publicará anualmente en su página web un **escalafón de desempeño de las ESE**. A la fecha no ha sido expedida el estado de la categorización de la ESE de la vigencia 2019 de ahí que a través de la resolución 856 de 29 de mayo del 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social determinó en su art 6 la suspensión del término del plazo para la categorización hasta el término de duración de la emergencia.

Como la exigencia para evaluar el Indicador es que se haya realizado la Adopción programa saneamiento fiscal y financiero, esta es la línea de base para el Indicador a corte de 31 de diciembre de 2019.

Este es el último año del quinquenio planeado y aprobado por el Ministerio de Hacienda para salir del Programa.

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020**

- Realizar monitoreo Trimestralmente a fin de intervenir la desviación del indicador de manera oportuna y cumplir con envió de información al Departamento en los términos establecidos
- Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = Adopción del Programa saneamiento fiscal y financiero**



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

A través de 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			
<b>FORMULA</b>	(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 )			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<0,90			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y de Protección Social			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerente del Área Administrativa y Financiera			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				

Concepto	Formula	2019	2018	Vr frente al periodo anterior
Gastos de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR	a	39.713.207.804	36.766.925.258	0,08
<b>Producción equivalente</b>	<b>b</b>	<b>2.140.298,57</b>	<b>2.231.738,30</b>	-0,04



Vr. Promedio gasto total comprometido por unidad producida (en pesos)	$c=a/b$	18.554,98	16.474,57	1,13
-----------------------------------------------------------------------	---------	-----------	-----------	------

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.

El resultado a Diciembre de 2019 a nivel presupuestal y de producción de servicios cargados en el informe del cuarto trimestre en el informe decreto 2193 soportado además por las ejecuciones presupuestales de la entidad, nos muestra un aumento en los gastos del **8%** mientras que la producción equivalente disminuye un **4%**, la variación final del indicador nos daría como resultado **1.13** para una calificación de **"0"**

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Fortalecimiento de los procesos de facturación y cartera.
- ❖ Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas.
- ❖ Fortalecimiento de los procesos asociados a monitoreo de centros de costo.
- ❖ Seguimiento a la productividad de la institución.

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 que los costos de producción acorde a los servicios prestados
- Continuar con el monitoreo permanente a fin que los gastos de funcionamiento y de operación y comercialización tengan razonabilidad con las unidades de valor producidas por el hospital.
- Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados y presentarlos trimestralmente a fin de intervenir la desviación del indicador de manera oportuna
- Potencializar la venta de servicios de salud una vez se supere la cuarentena por COVID de manera paulatina pero efectiva de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción.

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0**

**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**

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.

<b>No 6 INDICADOR</b>	<b>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</b>			
<b>FORMULA</b>	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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>≥0.70</b>			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<b>≥0.70</b>	<b>≥0.70</b>	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	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			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Revisor Fiscal			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				



Concepto	Formula	2019
Valor de medicamento y material médico quirúrgico realizadas mediante mecanismo de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos	a	0
Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico	b	0
<b>Meta indicador &gt; 0.7</b>	<b>c=a/b</b>	<b>0</b>

Para la vigencia 2019 no hubo adquisición de medicamentos o material médico quirúrgico, mediante mecanismo de compra conjunta, a través de cooperativa de empresas sociales del estado y/o mecanismos electrónicos. Esta desviación se debe a que este tipo de compras aún no se han implementado en la entidad, por lo tanto, el puntaje actual para este indicador es 0.

#### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

Garantizar el cumplimiento de la norma, Evaluación de la viabilidad de la implementación de algunos de los mecanismos de compra propuesta por la norma

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0**

#### **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**

El Talento humano de una entidad 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 y la variación de la deuda con respecto al período anterior.



<b>No 7 INDICADOR</b>	<b>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</b>			
<b>FORMULA</b>	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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	Cero (0) o variación negativa			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	Mantener variación o Disminuirla	Mantener variación o Disminuirla	Mantener variación o Disminuirla	Mantener variación o Disminuirla
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Certificación que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Certificación del Revisor Fiscal			

### ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019

Dentro de los resultados obtenidos podemos apreciar según certificado expedido por Revisor Fiscal de la entidad, se conceptúa:

CONCEPTO	31 DE DICIEMBRE 2018	31 DE DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA
HONORARIOS	657.829.305,00	783.943.915,00	
NOMINA	-	-	
SERVICIOS	474.747.578,00	67.374.020,00	
<b>TOTAL</b>	<b>1.132.576.883,00</b>	<b>851.317.935,00</b>	<b>- 281.258.948,00</b>

Que el valor obtenido al cierre del 31 de diciembre de 2019 arroja una diferencia de - 281.258.948,00 en comparación con el cierre a 31 de diciembre de 2018

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- Control de gastos.
- Seguimiento a la productividad de la institución



- Fortalecimiento de los sistemas de información de la entidad hospitalaria
- 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
- Fortalecer recaudo de la operación corriente y vigencias anterior a fin de poder cancelar oportunamente a los contratistas.

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = -281.258.948**

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

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, 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 como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.)

Este indicador está relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en lo referente a caracterización de la población, 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) mínimo al año			
METAS POR VIGENCIA	2020	2021	2022	2023
	4	4	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
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Líder Calidad
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>	
<p>La fórmula del indicador delibera que durante la vigencia se deben presentar 4 informes de RIPS basados en el perfil epidemiológico, caracterización de la población y frecuencia de uso, institucional mente se acordó realizar esta presentación de forma bimensual dentro de la vigencia evaluada arrojando un puntaje satisfactorio.</p> <p>En el acta de junta número 002 del 11 de abril de 2019 se presentó el primer bimestre, en el acta de junta número 004 del 9 de julio de 2019 se expuso el segundo bimestre y en el acta número 006 del 5 de diciembre de 2019 se presentaron los informes correspondientes al tercer y cuarto bimestre de la vigencia evaluada;</p>	
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2020</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Presentar trimestralmente el informe RIPS de manera que la información sea una herramienta de toma de decisiones periódica</li> <li>❖ Capacitación a los coordinadores o responsables de estadística, facturación y sistemas en el uso de la herramienta de análisis para los RIPS y su forma de presentación ante la junta directiva. Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones</li> <li>❖ Evaluar la calidad del Registro Individual de Prestaciones, para la generación del informe por parte del área de Planeación.</li> <li>❖ Fortalecimiento de los procesos de captura de información.</li> <li>❖ Seguimiento a cronogramas de entrega de informes</li> <li>❖ Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.</li> </ul>	
<b>Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 4</b>	

### Indicador 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.



<b>No 9</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo</b>			
<b>FORMULA</b>	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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	≥1.00			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	≥1.00	≥1.00	h	≥1.00
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Ficha técnica de la pág. web del SIHO del MSP			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subdirector del Área Administrativa y Financiera			

**ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019**

Concepto	Formula	2018	2019
Ingreso Total Recaudado	a	35.896.477.814,00	45.260.478.344,00
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	b	41.076.234.014,00	49.282.856.185,00
Equilibrio Presupuestal con recaudo	c=a/b	<b>0,87</b>	<b>0,92</b>

Con corte a diciembre 31 de 2019, la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad alcanza una relación **0.92**, es de decir que por cada peso que comprometió, recaudo noventa y dos centavos (0.92). O sea no alcanzo el equilibrio, aunque es un resultado aceptable.

Esta información fue tomada de la ejecución presupuestal con corte a diciembre 31 de 2019 cargada en el informe decreto 2193 de 2004, la información de 2018 fue tomada de

la ficha técnica del ministerio de salud.

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Planeación del presupuesto basado en datos históricos
- ❖ Realizar reinducción, seguimiento y evaluación del proceso de facturación.
- ❖ Aplicación del manual de gestión y recaudo de cartera.
- ❖ Conciliaciones de cartera (saldos-pagos-glosas, consignaciones por identificar
- ❖ Realizar el proceso de saneamiento contable
- ❖ Prever situaciones que afecten directamente los ingresos y gastos como está sucediendo desde el mes de marzo de la vigencia ya que desde se declaró la emergencia sanitaria por parte de la Presidencia, la venta de servicios se ha disminuido por las instrucciones de cierre de servicios no prioritarios dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y las EAPB.
- ❖ Para lograr esta meta es menester contar con el compromiso del ente territorial en el giro oportuno de los esfuerzos propios (fuente de financiación de los contratos con el régimen subsidiado) y PIC.
- ❖ Que las glosas no superen 7% de los facturado por concepto de ventas de servicios
- ❖ Contar con una auditoria concurrente para evitar glosa
- ❖ Conciliar glosas administrativas y asistenciales oportunamente
- ❖ Radicación de la facturación oportuna
- ❖ Auditoria de las historia clínica a fin de socializar y concientizar al cuerpo médico del diligenciamiento de todos los campos de la misma.
- ❖ Saneamiento de la cartera para mejorar recaudo de vigencias anteriores.
- ❖ 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 una vez se supere la cuarentena por COVID de manera paulatina pero efectiva de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción

Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0.92

**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.**



El reporte de este indicador fue eliminado por la Supersalud a través de la Circular 000002 del 20 de enero del 2020, por medio de la cual se actualiza el sistema de cargue en circular Única NRVCC y se hacen modificaciones. Ítem Eliminaciones No 55: Elimínese el Anexo Técnico Archivo Tipo 502 - Certificación ejecución anual de Mantenimiento Hospitalario del capítulo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Título XI - Anexos Técnicos. Su ponderación se prorrotea entre los otros indicadores del Área administrativa

No se incluye como Indicador para la estructura del PGG 2020-2023 su peso se prorrotea entre el resto de los indicadores de esta área

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

El objeto del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, es realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, igualmente evaluar el impacto del desarrollo de la política de prestación de servicios de salud, dicha información se debe de presentar a la Secretaria de Salud Departamental bajo los procedimientos y términos establecidos por la norma. En el establecimiento de la línea base se evidencio que se realiza el reporte de la información dentro de los términos previstos.

<b>No 11 INDICADOR</b>	<b>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya</b>			
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Ministerio de Salud y Protección Social			



**RESPONSABLE  
CERTIFICACIÓN/  
EVIDENCIA**

Responsable de Oficina de calidad/ Información del MSP

**ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019**

Con relación a los reportes de Decreto 2193 de 2004, la ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, ha cumplido de manera oportuna a cada uno de los plazos estipulados, previo análisis y verificación de la información reportada obteniendo como resultado final el cumplimiento del reporte en los términos establecidos.

Fuente :Página SIHO

**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

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = Cumplimiento dentro de los términos previstos**

### 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.

Son los relacionados con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial. Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

#### 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 morbilidad y mortalidad de la gestante.

<b>No 21 INDICADOR</b>	<b>Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación</b>			
<b>FORMULA</b>	No de mujeres gestantes a quienes se les realizó 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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>≥0.85</b>			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	≥0.85	≥0.85	≥0.85	≥0.85
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE</b>	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contengan :			



<b>LA INFORMACIÓN</b>	Referencia al acto administrativo de Adopción de la Guía Aplicación de la fórmula del indicador
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subdirección Científica

**ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019**

<b>GESTANTES ATENDIDAS EN LA ESE</b>					
MES	EPS-S	VINCULADO	<12 SEMANAS	SUBTOTAL	%
ENERO	351	148	191	499	0,38
FEBRERO	306	161	196	467	0,42
MARZO	238	128	137	366	0,37
ABRIL	305	141	175	446	0,39
MAYO	369	177	218	546	0,40
JUNIO	261	256	238	517	0,46
JULIO	428	45	232	473	0,49
AGOSTO	303	41	159	344	0,46
SEPTIEMBRE	312	45	174	357	0,49
OCTUBRE	316	37	179	353	0,51
NOVIEMBRE	208	14	98	222	0,44
DICIEMBRE	163	12	75	175	0,43
<b>TOTAL</b>	<b>3560</b>	<b>1205</b>	<b>2072</b>	<b>4765</b>	<b>0,43</b>

Se aprecia que en ningún mes del año se cumplió la meta. No se alcanzó ni el 50% de cumplimiento de la captación de gestantes en el I trimestre del embarazo debido a diferentes factores externos como demanda inducida insuficiente y poco efectiva realizada por la EAPB como responsable y asegurador de las pacientes. A su vez, la falta de cultura y nivel de escolaridad y concientización de la población del municipio de Soledad, en este caso mujeres gestantes residentes en el municipio. A esto se suma y no siendo menos importante el crecimiento incontrolable que ha venido teniendo la población de gestantes del país vecino de Venezuela, que han emigrado sin controles prenatales y con avance de su estado de embarazo desplazándose al municipio de Soledad. Siendo todas éstas, situaciones precursoras de una inadecuada captación temprana de las gestantes e imposibilitando el ingreso oportuno por primera vez al programa antes de las 12 semanas de gestación. Ello, a pesar del esfuerzo y las estrategias implementadas de captación extramural que autónomamente la ESE ha venido implementando para lograr una mejor captación en el marco de su Programa de Maternidad Segura, además de la



implementación de sus estrategias y acciones demanda inducida institucional.

Se debe revisar el plus con que cuenta la ESE de ofertar la atención especializada de las gestantes, pero esta atención no ha incidido en la respuesta temprana de la gestante a iniciar sus controles prenatales.

Para obtener el Indicador se revisa el número de gestantes a quienes se les realizó por lo menos 1 valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE antes de la semana 12 de gestación sobre el total de gestantes captadas en el control prenatal.

El resultado de cumplimiento para el año 2019 al aplicar la formula fue **0,43**

### ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2020

- ❖ Facilitar el acceso ofertando la atención en todas las sedes a la gestante
- ❖ Generar estrategias que generen resultados esperados
- ❖ Revisar las causas de la negativa a atender su parto en la ESE
- ❖ Continuar fortaleciendo la captación de gestantes y realizar el análisis del indicador por parte del comité de Historias Clínicas de manera mensual
- ❖ Plantear acciones de planeación, ejecución y formulación de estrategias por parte de los Coordinadores de las sedes, la Líder de Promoción y Prevención y la Subgerencia Científica para el cumplimiento de las metas ya que es de vital importancia, garantizar la adherencia de las usuarias al programa, que permite la identificación temprana de parámetros que presenten desviaciones y se realice una intervención temprana de éstas.
- ❖ En esta anualidad la mayor amenaza para el cumplimiento es la deserción por el temor a salir la gestante a iniciar su control por temor a contagiarse de Covid 19, sumado a que la migrante del vecino país por lo general acude tardíamente. Revisar acciones de intervención inmediatamente

Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0,43



**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.

<b>No 22 INDICADOR</b>	<b>Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE</b>			
<b>FORMULA</b>	No de pacientes atendidos a los que se le aplico la Guía referenciada/Total de pacientes atendidos en el periodo evaluado			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>0 ( cero casos)</b>			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	0	0	0	0
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<p>Cuando no exista casos de Sífilis congénita:</p> <p>1. Concepto del COVE Municipal o Distrital que certifique la no existencia de casos</p> <p>2 Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE territorial el cual certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE, en caso de Sífilis congénita diagnosticado</p>			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	CONCEPTO DE COVE DE ENTE TERRITORIAL			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
<p>Al cierre de la vigencia no se reportó casos de sífilis congénitas: La Secretaria de Salud Municipal autentica que la incidencia de sífilis congénita de partos atendidos en la institución para la vigencia 2019 se mantuvo en 0 casos de 117 partos atendidos resultado que se encuentra dentro de la calidad esperada; para lo cual se desarrollaron actividades de capacitación y entrenamiento al personal para control y manejo en sífilis gestacional; se requiere continuar con la prevención de sífilis gestacional buscando sostener el estándar en (0) casos.</p>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2020</b>				



- ❖ Realizar seguimiento estricto por parte de los profesionales responsables de la Ruta Materno Perinatal, una efectiva demanda inducida por parte de los médicos y enfermeras que atienden a estas pacientes y búsqueda agresiva de las gestantes cuando no regresan a los controles
- ❖ Establecer estrategias con el personal del PIC que desarrolla actividades extramurales para la captación temprana teniendo en cuenta la difícil situación que nos encontramos por la pandemia y el temor de la gestante a ir a sus controles. Se debe monitorear los 2 indicadores relacionados con la gestante de manera conjunta.

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0**

### 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	<b>≥0.90</b>			
METAS POR VIGENCIA	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>	<b>≥0.90</b>
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	Subgerencia Científica			



### ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019

A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido fue del **92,7%**, lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que el total de la muestra de historias evaluadas del programa de hipertensión mostró una adherencia al programa por encima del 90%. Esto, obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que fortaleció la atención medica del programa de atención cardiovascular dirigida a la población con diagnóstico de hipertensión, soportado en un mejor diligenciamiento de las historias clínicas, mejor adherencia a guías de práctica clínica y aumento de tiempo de atención para estos pacientes.

### ACCIONES A DESARROLLAR AÑO 2020

- ❖ Mantener las estrategias y acciones de fidelización y control de la población con diagnóstico de hipertensión atendida en la ESE, disminuyendo barreras de atención para evitar la inasistencia al programa, así mismo implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS Cardio-Cerebrovascular dirigida a este evento específico como lo es la Hipertensión arterial.
- ❖ Hacer actividades lúdicas de educación sobre los riesgos de dejar el tratamiento, involucrar el concepto de autocuidado y de cuidados de la familia
- ❖ Establecer mecanismos de gran impacto para evitar que la población Adulto Mayor hipertenso no haga el debido control.
- ❖ Fortalecer el uso de Telemedicina para este tipo de programa durante la pandemia

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0.92**



### 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	<b>≥0.80</b>			
METAS POR VIGENCIA	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	<b>≥0.80</b>	<b>≥0.80</b>	<b>≥0.80</b>	<b>≥0.80</b>
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			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
A cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido de <b>96,7</b> , lo cual muestra un excelente comportamiento del indicador, ya que el total de la muestra de historias evaluadas del programa de crecimiento y desarrollo mostro una adherencia al programa por encima del 80%. Esto, obedeciendo a la implementación de acciones continuas y de retroalimentación que mantienen la atención adecuada del programa, dirigida a la población con diagnóstico menor a 10 años que a partir de las nuevas RIAs de Promoción y mantenimiento de la salud, será menor de 12 años, esto soportado en un óptimo diligenciamiento de las historias clínicas y mejor adherencia a guías y normas técnicas				



dirigidas a esta población

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR AÑO 2020**

- ❖ Mantener las estrategias y acciones de educación a los padres y acompañantes responsables de los menores para evitar la deserción e inasistencia al programa y mantener su adherencia
- ❖ Implementar las acciones necesarias para el avance en el cumplimiento del nuevo modelo integral de atención en salud a través de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud para el ciclo de vida primera infancia e infancia cursado hasta los 11 años, 11 meses y 29 días.
- ❖ Continuar con el seguimiento y control de la atención de pacientes en edad objeto de curso de vida de primera infancia e infancia, retroalimentación permanente del proceso y con los involucrados en el cumplimiento del indicador y concertar planes de mejoramiento que apliquen
- ❖ Es difícil LOGRAR la meta de este indicador con las medidas tomadas por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el mes de marzo de cerrar temporalmente estos Programas, lo cual nos asegura desde ya las dificultades que se van a tener para mantener la línea de base de este indicador
- ❖ Por nuestra parte la gerencia y su equipo de trabajo establecerán y acciones a los padres y acudientes para evitar la deserción al programa de esta población y mantener su adherencia una vez reanudemos la prestación de estos servicios

**Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0.96**

**Indicador 25 Reingreso por el servicio de urgencias**

El reingreso de los pacientes al servicio de Urgencias se presenta como consecuencia de un deficiente abordaje en consulta externa a los usuarios y una falta de conocimiento del uso del servicio por parte de los usuarios

<b>No 25 INDICADOR</b>	<b>Reingreso por el servicio de urgencias</b>
<b>FORMULA</b>	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			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	$\leq 0.03$			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	$\leq 0.03$	$\leq 0.03$	$\leq 0.03$	$\leq 0.03$
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Ficha técnica de la pág. web del SIHO del MSP			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subdirección Científica			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
La evaluación efectuada a las fuentes de información indica que el resultado obtenido en el 2019 fue de <b>0.00 al</b> cierre de la vigencia 2019, siendo satisfactorio y da cumplimiento a la meta establecida, este teniendo en cuenta que se reportaron 13 reingresos dentro de todas las consultas atendidas por el servicio de Urgencias en el periodo, y se atendieron 30.037 pacientes en el año				
<b>ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mejorar los procesos de selección y evaluación del talento humano vinculado al servicio de urgencias, retroalimentación permanente sobre el proceso de atención por Triage y Guías atención de los servicios en las urgencias.</li> <li>❖ Socialización permanente de las buenas prácticas de seguridad del paciente y humanización en el servicio de urgencias, fortalecer la auditoria para el mejoramiento de la calidad del servicio de urgencias mejoramiento del sistema de información para el servicio, que permita arrojar alertas para identificar, reportar y controlar de reingresos, sistematización de la historia clínica del servicio de urgencias</li> <li>❖ Continuar con el seguimiento permanente a través de la auditoria concurrente y evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica y atención del servicio de urgencias con proyección de acciones de mejoramiento que apliquen Pedagogía sobre el Triage y Uso de los servicios</li> <li>❖ .Fortalecer Triage de pacientes respiratorios para evitar reingresos por este tipo de pacientes.</li> </ul>				

Línea de base para Informe Plan de Gestión año 2020 = 0.

**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 resolutive de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

<b>No 26</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general</b>			
<b>FORMULA</b>	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.			
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	≤ 3 DIAS			
<b>METAS POR VIGENCIA</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
	≤ 3 DIAS	≤ 3 DIAS	≤ 3 DIAS	≤ 3 DIAS
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Ficha técnica de la pág. web del SIHO del MSP			
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subdirección Científica			
<b>ESTADO DEL INDICADOR A 31-12-2019</b>				
Al cierre de la vigencia 2019, el resultado obtenido es de <b>1,96</b> , resultado con el cual se da cumplimiento a la meta propuesta, por debajo del estándar establecido de 3 días				
<b>ESTRATEGIA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO</b>				
❖ Planificación y organización de los servicios ajustados al nuevo modelo integral de atención salud y atención de RIAS, sin afectar la oportunidad de programación de				



citas por primera vez de medicina general.

- ❖ Garantizar una capacidad física y de oferta suficiente para mantener un resultado de oportunidad de asignación de citas por primera vez menor a 3 días durante toda la vigencia, con capacidad instalada propia o a través de alianzas estratégicas que permitan cumplir con este objetivo cuando se requiera el caso y teniendo en cuenta el aumento de la población adscrita a la ESE
- ❖ Mantener un numero de cupos diarios para la atención de consultas solicitadas por primera vez durante la vigencia
- ❖ Monitorear permanentemente la oportunidad de asignación de citas de medicina general apuntando a evitar que se presenten desviaciones que generen inoportunidad en la asignación de citas de primera vez.
- ❖ Una vez se define la medida del Ministerio de Salud y Protección Social de reapertura de las actividades programadas y teniendo controlada la pandemia, debemos implementar otras medidas:
  - 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.
  - Realizar y revisar en comité de calidad los resultados de las encuestas de satisfacción para intervenirlos

PLAN DE GESTION GERENCIAL PERIODO 2020-2023							
Resolución 408 de 2018 - 710 del 30 de marzo de 2.012- Res 743 de 2.013							
Metas Año 2020-2023							
Area de gestion	No.	INDICADOR Res 408 DE 2018	Linea de base 31-12-2019	METAS ESTABLECIDAS POR EL MSP			
				2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,20	≥1.20	≥1.20	≥1.20	≥1.20
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0.96	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	3	Gestión de ejecución del plan de Desarrollo institucional	0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopcion del Plan de Saneamiento Fiscal y financiero	Adopcion del Plan de Saneamiento Fiscal y financiero	Adopcion del Plan de Saneamiento Fiscal y financiero	Adopcion del Plan de Saneamiento Fiscal y financiero	Adopcion del Plan de Saneamiento Fiscal y financiero
	5	Evolución del Gasto por Unidad de valor Relativo producida	1,13	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90
	6	Proporción de medicamentos y material medico-quirurgico 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.	0	≥0.70	≥0.70	≥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	Registra deuda .Presenta variación interanual negativa en monto de la deuda -281.258.948	Cero (0) o variación negativa			
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones-RIPS	4	4	4	4	4
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0.92	≥1.00	≥1.00	≥1.00	≥1.00
	11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2. Capitulo 8, Titulo 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. -Decreto Unico Reglamentario del sector salud y protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos
Area asistencial 20%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0.43	≥0.85	≥0.85	≥0.85	≥0.85
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	0	0
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0,92	≥0.80	≥0.80	≥0.80	≥0.80
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.96	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90
	25	Reingreso por el servicio de urgencias	0	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta medica general	2	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

### 5.2.3. Fase de Aprobación

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.

### 5.2.4 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 2020-2023 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

### 5.2.5. 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.

## ANEXO 5

**Tabla 4. Escala de Resultados**

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%

## CONCLUSIONES

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
4. La Gerencia y su equipo de trabajo se permite solicitar a la Honorable Junta Directiva de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, su solidaridad al esfuerzo que ha venido realizando todo este capital humano que ha hecho frente a la pandemia desde distintos frentes. de manera que :

Se tenga presente que algunos de los Indicadores del Plan de Gestión Gerencial se van a afectar en mayor proporción, como consecuencia de las medidas obligatorias que se están implementado desde que se declaró la emergencia sanitaria por la pandemia por Covid 19 y de esta manera se revise la posibilidad de tener en cuenta al evaluar el cumplimiento de la meta, que ésta se haga de los meses efectivos en que la institución presto sus servicios con toda su capacidad instalada efectiva.

Entre las causas que más están afectando a los indicadores podemos citar:



Cierres temporales de algunos servicios, aumento de los gastos en compra de EPP (Elementos de protección personal) ,gastos no contemplados en el presupuesto ,señalizaciones de rutas para evitar contaminación cruzada, adecuaciones de infraestructura para garantizar el aislamiento obligatorio o social, compras de nuevos dispositivos médicos , implementación de Teletrabajo al personal asistencial y también administrativo, envío obligatorio a Teletrabajo a los funcionarios con comorbilidades, incapacidad de funcionarios positivos para Covid19, aislamiento en gran número de los contactos estrechos de trabajadores positivos, etc.-

Los indicadores que consideramos sufrirán más afectaciones son el 5, 9, 23, 24 y 26 los cuales están relacionados con los cierres temporales de los servicios programados, por lo tanto solicitamos se midan solo en los meses en que efectivamente se prestaron los servicios

Atentamente,

**JUAN ESTEBAN SÁNCHEZ PÁEZ**  
**Gerente ESE**