



HOSPITAL  
DE SOLEDAD  
MATERNO INFANTIL  
Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad



GRAN PACTO SOCIAL POR  
SOLEDAD

INFORME DE GESTION GERENCIAL AÑO 2021

ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPLITANA DE SOLEDAD

# INFORME GESTION GERENCIAL

## Vigencia Año 2021



**DR JUAN SANCHEZ PAEZ**  
**Gerente**

**Marzo, 2022**

*Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad*  
Dirección: Cra 53 a nº8-10 Teléfono: 035 -3759400 Celular citas WhatsApp: 305 331 26 30  
Soledad-Atlántico

**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 MANUEL FRANCISCO NAVARRO RADA**

Secretario de Salud Municipal

**DR. SERGIO BOVEA**

Representante de los empleados públicos del Área Científica

**DR. FABIAN COLPAS**

Representante de los empleados públicos del Área Administrativa

**SR. ARTURO DE LA HOZ GARCÍA**

Representante de los usuarios

**JUAN ESTEBAN SÁNCHEZ PAEZ**

Secretario Junta Directiva

Gerente

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **PRESENTACIÓN**

#### **1, ASPECTOS GENERALES DEL INFORME**

##### **1.1 Objetivo General**

##### **1.2 Alcance**

##### **1.3 Marco Legal**

##### **1.4 Metodología**

#### **2. ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL AÑO 2021**

##### **2.1 Área De Dirección**

##### **2.2 Área Administrativa Y Financiera**

##### **2.3 Área Asistencial**

#### **3. ANEXO MATRIZ DE RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2021**

#### **4 CONCLUSIONES GENERALES**

## 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 Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2021.

El presente Informe de gestión gerencial 2021 contiene los resultados de la gestión de la Gerencia en relación a la viabilidad financiera, gestión de calidad y eficiencia en la prestación de los servicios en el año 2021.

Su estructura contempla tres áreas de gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial, con sus metas propuestas y los resultados obtenidos. Se muestra la situación actual de cada una, los logros alcanzados durante el periodo evaluado y se plantean acciones de mejora para el 2022.

Los resultados de los indicadores obtenidos a 31 de diciembre de la vigencia 2020 se consideran como las líneas de base por normatividad para presentar el presente Informe de Gestión Gerencial de la vigencia 2021 y a su vez evaluar los resultados de los indicadores al término de la vigencia 2021

Atendiendo la normatividad expedida a través de la Res 408 de 2018 con relación a la Evaluación a los gerentes para la vigencia 2021, se hacen los ajustes respectivos como se detallan a continuación en lo concerniente al indicador 4 del área administrativa y financiera El documento fue elaborado por la gerencia y su equipo de trabajo responsable de la información acorde a lineamientos de la norma.

Por 2º. año reitero mis agradecimientos a la Junta Directiva y su Presidente el Honorable Alcalde de Soledad, Dr. Rodolfo Ucrós Rosales por la confianza demostrada y el apoyo incondicional que me han ofrecido durante el año 2021, en el aun la pandemia ocupó gran parte de nuestros esfuerzos, recursos y gestión

A mi equipo de trabajo y a todos y cada uno de los colaboradores de la ESE Materno Infantil dedico nuevamente mis respetos y mis agradecimientos por el trabajo incansable presencial y en la virtualidad durante este año

A mi familia mi infinito agradecimiento por su apoyo y a Dios Todopoderoso pido sus bendiciones para que me dé el tesón y fortaleza para que con mi equipo de trabajo sigamos:  
***“Unidos por la Salud y bienestar de Soledad”***

  
**JUAN SANCHEZ PAEZ**  
Gerente

## 1. ASPECTOS GENERALES

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer los avances y logros alcanzados en el año 2021 en la gestión adelantada por la Gerencia en la administración, ejecución y control de los recursos Humanos, físicos y financieros de la Entidad

Evaluar el alcance de los resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad en el año 2021

### 1. 2. ALCANCE

Este informe incluye los resultados de los indicadores de cada una de las áreas estratégicas que conforman el Hospital Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad con corte a 31 de Diciembre de 2021 y que le aplican a la ESE teniendo en cuenta su oferta de servicios y nivel de complejidad

### 1.3 MARCO LEGAL

El presente documento presenta la definición e implementación de los indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, destacamos entre otras:

- ❖ Res 408 de 2018
- ❖ Circular 000002 del 20 de enero del 2020-SUPERSALUD
- ❖ Resolución No. 408 de 15 de Febrero de 2018
- ❖ Res 1097 de 2018 que corrige la Res 408 de 2018
- ❖ Circular Externa Supersalud 009 de 2015
- ❖ Resolución No. 743 de 15 de Marzo de 2013
- ❖ Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012 y sus anexos técnicos
- ❖ Artículo No. 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011
- ❖ Decreto 357 de febrero 8 de 2008
- ❖ Ley 1122 de 2007.

#### **1.4 METODOLOGÍA**

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el Informe de gestión gerencial Año 2021 se realizó a través de la Gerencia, con los responsables de las Oficina de Planeación , Calidad , las 2 Subgerencias Científica y Administrativa y los Líderes de procesos s a través de los siguientes mecanismos:

- ❖ Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes y fuentes suficientes para la validación de los resultados
- ❖ Expedición de certificados por los responsables de validar la información, los cuales contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- ❖ Formulación de Indicadores acorde a datos publicados en SIHO página oficial de Ministerio de Salud
- ❖ Impresión de pantallazos de envío al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos
- ❖ Informe de la Superintendencia Nacional de Salud con resultado de Indicadores 2 y 10 de las empresas sociales del Estado

## 2. ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL AÑO 2021

El informe se estructura acorde a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en 3 áreas estratégicas o de gestión:

- A. Área de Gestión: Dirección y Gerencia
- B. Área de Gestión: Financiera y Administrativa
- C. Área de Gestión: Gestión Clínica / Asistencial

En su contenido, el documento muestra los resultados obtenidos en la vigencia 2020 y 2021 para hacer comparativo donde se requiera, la meta establecida por la norma y los resultados alcanzados durante la gestión gerencial en la vigencia 2021 en las siguientes áreas:

ÁREA ESTRATÉGICA	TOTAL DE INDICADORES POR ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES QUE APLICAN A LA ESE SEGÚN LA NORMA
DIRECCIÓN Y GERENCIA	3	Indicadores 1- 2 y 3
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	7	Indicadores 5-6-7-8-9-10 y 11
GESTIÓN CLÍNICA / ASISTENCIAL	6	Indicadores 21,22,23,24, 25 y 26
TOTAL	16	

Para iniciar el desarrollo del informe es importante mencionar que por no encontrarse la entidad desarrollando el Plan de Saneamiento Fiscal y financiero, el Indicador 4 denominado *Riesgo fiscal y Financiero*, lo que hace inaplicable el indicador en la evaluación de las ESE

Acorde a su nivel de complejidad y Portafolio se definieron del Anexo Técnico 2. Indicadores y estándares por áreas de gestión de la Res 408 de 2018, 16 indicadores que corresponden a esta vigencia. La ponderación del Indicador 4 al realizar la autoevaluación, Anexo 4 de la norma que nos ocupa, se distribuye equitativamente entre la ponderación del resto de indicadores del área Administrativa y Financiera

A continuación se presenta un Informe del comportamiento de cada indicador a cierre del año 2021, por áreas describimos los resultados y anexamos algunos comentarios importantes relacionados con la gestión de cada área:

A continuación se presenta a manera de ficha técnica un Informe descriptivo del comportamiento de cada indicador y su tendencia, *el resultado obtenido a cierre del 2020 que es nuestra línea de base*, estado del indicador al cierre del 2021, el estándar o meta planteadas por la norma en cada vigencia, la fuente de información definida por la norma, se realizaran los comentarios del análisis de su cumplimiento o desviación presentada a los 16 indicadores del Informe de Gestión Gerencial Año 2021

Por último se hará una propuesta de estrategias de mejoramiento que presenta la gerencia en caso de que tenga una desviación negativa o si es positiva, para mantenerlo en la vigencia 2019.

## **2. 1 ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:**

**Propósito: Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, Cumplimiento de los objetivos institucionales estratégicos**

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de las líneas de acción estratégicas y metas del Hospital en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establecer las políticas, el direccionamiento de la entidad y fundamentar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en su componente de acreditación, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Esta área se enfoca al fortalecimiento Institucional desarrollando las líneas de acción contempladas en el área estratégica y relacionada con el desarrollo del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado, la efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud y la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional evaluado con el cumplimiento del Plan Operativo anual POA para el año 2021

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

Con la adopción de los estándares de acreditación del Manual de Acreditación V3.1 expedido por la Res 5095 de 2018 como **alcance** para el desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud – PAMEC, el cual es un sistema riguroso que tiene como objetivo mejorar la atención al usuario a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada, la entidad busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud. **Ver Parágrafo Artículo 6 Res 2082 de 2014**

El desarrollo de este indicador se inicia con la autoevaluación de los grupos de estándares aplicables al hospital como IPS, actividad que se hace con los diferentes grupos de colaboradores, llamados *Grupo de Acreditación*, responsables de la implementación y desarrollo de las acciones del PAMEC en cada anualidad

Para el proceso de calificación se aplican 2 formas de evaluación: La cualitativa basada en fortalezas que frente a ese estándar presenta la empresa y la cuantitativa para lo cual se utiliza el grado de cumplimiento del estándar frente a las dimensiones de enfoque, dimensión y resultados (denominamos a esa instrumento Hoja Radar) **Ver Artículo 7 Res 2082 de 2014**

El siguiente fue el resultado de este Indicador estratégico

<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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b>	<b>1,70/ 1,53 = 1,11</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥ 1,20</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Documento de autoevaluación vigencia evaluada / Vigencia anterior Certificación de estado de implementación del Sistema Acreditación
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Referente de Calidad

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 1  
AÑO 2021**

Los equipos responsable de planes de mejoramiento de cada grupo de Acreditación , una vez efectuaron la última auditoria del desarrollo del PAMEC en el año 2021 , hicieron la autoevaluación de los estándares para establecer el avance con relación al año 2020 , con la aplicación de las 2 evaluaciones la cualitativa y la cuantitativa ,aplicando la hoja radar y sus Variables

Dando cumplimiento a lo exigido en la Res 2181 de 2008 , en sus artículos 1 y 2 , en las cuales entre otras se exige implementar en las IPS públicas el componente de acreditación, seleccionamos como nuestro alcance para esta implementación acoger los estándares del Manual de Estándares de Acreditación V3.1 como herramienta de evaluación

Cada día nos esforzamos por mejorar y lograr el cumplimiento de cada uno de aquellas oportunidades que en la autoevaluación y priorización estén estrechamente relacionados con la atención de pacientes y los procesos seguros, especialmente en esta priorización se tuvo en cuenta las condiciones de Bioseguridad para garantizar a nuestro usuario seguridad en la atención , así mismo enfatizar en la Gestión del riesgo en el área asistencial y en aquellos procesos estrechamente relacionados con la atención y la humanización en la atención , por la limitaciones de infraestructura que se tienen desde inicio de la vigencia .

Importante recordar a los presentes que este sistema de acreditación tiene un enfoque con unos requisitos de calidad más exigentes que el de Habilitación y que no podemos pretender que la mejora que búsqnenos en el desarrollo del sistema se direccionen las acciones a cumplir habilitación , se hace esta salvedad porque en estas 2 ultimas vigencias se ha logrado robustecer

el sistema empoderarlo al interior de la entidad , pero todavía tenemos un doble reto para el próximo año:

1 .Desarrollar las exigencias del Sistema Único de Habilitación en procura de certificar los servicios con una nueva norma que trae requisitos más complejos , la Res 3100 de 2019 del MSP , en esta labor ya se tiene un gran trabajo adelantado por parte de Coordinadores , líderes de procesos y personal a cargo

2. el 2 reto es solicitarles a los responsables del desarrollo del PAMEC en las sedes : coordinadores de sedes y líderes de procesos que se apropien aún más del PAMEC y sean los que lideren la implementación .

Planteamos el comportamiento de este indicador tomando como línea de base el resultado de la Autoevaluación del año 2020 : 1,70 ( UNO, SIETE, CERO ) , una vez revisamos todos los estándares del Manual de Acreditación acorde a la Hoja de radar que es el instrumento establecido para autoevaluarnos ,obtuvimos para el 2021 un avance de la mejora de : 1,98 ( UNO,NUEVE , OCHO ) , donde al aplicar la formula con el resultado obtenido al cierre del 2021, se obtiene :

FORMULA DEL INDICADOR		RESULTADO INDICADOR 2021
Resultado año 2021 / Resultado año 2020	1,98 / 1,70	1,20

Si evaluamos estos resultados, se puede decir que la mejora en la adopción del componente, al aplicar la formula y obtener la calificación del año 2021 alcanzo un **1,20** lo cual muestra el esfuerzo de desarrollar un programa de auditoria de mejoramiento en medio de la situación que genera la pandemia , así mismo que las acciones implementadas para la contingencia han dado resultado , al igual que el compromiso de la población trabajadora en el desarrollo de las acciones de mejora.

La exigencia del indicador se traduce en que en cada vigencia se logre avance , con respecto a la vigencia inmediatamente anterior

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

Como en el año 2021 se logró un avance importante en la adherencia al desarrollo del PAMEC en especial del Grupo responsable de los Planes de mejora asistencial , en esta vigencia , vamos a enfocar nuestro esfuerzo a los grupos de Estándares de apoyo para reforzar la capacitación del objetivo de implementar PAMEC en las empresas sociales del estado , que aunque no se vayan a acreditar , si se hace la implementación rigurosa de las acciones de mejora que se plantean , los resultados de la mejora mostraran la eficacia de hacer esta actividad , se seguirá buscando los mecanismos para que los líderes de procesos se empoderen de las acciones de mejora las realicen y aprenda a autoevaluarse, reforzar la

capacitación para plantear las oportunidades de mejora y como establecer las acciones de mejora , en fin con la presencialidad debemos implementar actividades que sean didácticas , entre ellas las lúdicas , los concursos entre servicios o sedes para lograr el empoderamiento de la mejora continua .

El año 2022 en lo referente a los Sistemas de Gestión de calidad, Sistema de Información , TICS , SST y ambiente será el año de la integralidad de estos sistemas , no solo limitándonos a cumplir el PAMEC , sino también a robustecer el Sistema Único de Habilitación para prepararnos para la visita del ente territorial y lograr certificarnos en este sistema que si es obligatorio la obtención de la certificación de los estándares a diferencia del SUA que no lo es , solo es obligatorio desarrollarlo y mejorar en el tiempo

Debemos reforzar las estrategias del Programa de seguridad del paciente, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

Un propósito fundamental en el 2022 es continuar organizando e inventariando el Sistema de información SI y datos de la ESE.

El equipo responsable de la Autoevaluación, una vez cerraron el PAMEC 2021 , hicieron la Autoevaluación de los estándares con el Manual de Acreditación V3.1 y al dar paso a la priorización una vez se cerró la autoevaluación , se estableció que en la priorización se incluyeran las oportunidades de mejora relacionadas con la pandemia y las de seguridad del paciente

<b>Resultado Obtenido Año 2021</b> <b>Indicador No 1</b>	<b>Meta</b> <b>2021</b>	<b>Calificación del resultado</b> <b>Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>	
<b>1,20</b>	<b>≥1,20</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( CINCO )</b>	

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

El año 2021 el tema de Gestión de calidad en la institución siguió enfrentando retos, llega la exigencia de autoevaluarse con la Res 3100 de 2019 para aplicar a la certificación de habilitación de los servicios e iniciar proceso de implementación de ese sistema paralelo al desarrollo de los estándares de acreditación en el marco del SUA ( Sistema Único de Acreditación ) doble exigencia en medio de la pandemia y las múltiples exigencias específicas de calidad que nos obligó la pandemia a implementar , nuevas normas técnicas colombianas que no se aplicaban en las edificaciones antiguas , continuar con la transformación del modelo de atención hospitalaria, como acción de mejora integral establecimos continuar trabajando conjuntamente el Sistema de Acreditación con el resto de Sistemas de gestión( SST- AMBIENTE-SI, TICS) que hoy desarrolla la ESE e ir articulando el MIPG ( Modelo Integrado de Planeación y Gestión) de la Función Pública, un reto importante pero que ha dado resultados porque el personal ya se auto exige involucrarse más en esta tarea y el cumplimiento del Furag ya es una exigencia a cumplir por los líderes de las políticas del MIPG

<b>No 2 INDICADOR</b>	<b>EFFECTIVIDAD 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 PAMEC.
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b>	<b>53 /58= 0.91</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Certificación de la Oficina de Calidad de cumplimiento de las acciones de mejoramiento con enfoque en acreditación reportadas acorde a Circular 012 de 2016 de la Supersalud Informe de la Supersalud del Indicador 2
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Líder de Gestión de Calidad
<b>RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 2 AÑO 2021</b>	

En el año 2021 una vez realizada la Autoevaluación, que es la 1ª. etapa de la Ruta Crítica se definió la priorización, con otra herramienta evaluativa y se definieron las oportunidades de oportunidades de mejora para la vigencia 2021, de estas se levantaron los planes de mejora por Grupo de estándares, importante señalar que en el levantamiento se tuvo en cuenta que estábamos en escalada del 3 pico de Covid 19, continuaba personal aislado o contagiado por lo cual enfocamos las acciones acorde a directrices del Ministerio a trabajar las oportunidades de mejora relacionadas con la seguridad del paciente y con la salud y seguridad en el trabajo, en el cuadro anexo apreciamos la información enviada a la Supersalud en cumplimiento de la Circular 012 de 2016: se programaron 75 acciones de mejora, se ejecutaron 70 y se levantaron 70 documentos que soportan en el cumplimiento del indicador, el cual al aplicar la fórmula, quedó en el 0,93.

La información dando cumplimiento al desarrollo de nuestros avances del PAMEC del año 2021 a la Supersalud el día 25 de febrero de 2022 en los términos de ley fue la siguiente:

#### DATOS REPORTADOS A LA SUPERSALUD 25-02-2022

1.CODIGO DE MUNICIPIO	2.FECHA INICIAL	3.FECHA FINAL	4.ACCIONES PROGRAMADAS
8758	2021-05-01	2021-12-31	75
5.ACCIONES EJECUTADAS	6.AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS	7.AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS	8.DOCUMENTOS SOPORTE
70	3	3	70
9.PROCESOS ESTANDARIZADOS	10.NOMBRE DEL LIDER DE CALIDAD	11.DIRECCION ELECTRONICA LIDER DE CALIDAD	12.TELEFONO LIDER DE CALIDAD
ATENCIÓNALUSUARIO;URGENCIA; HOSPITALIZACIÓN;LABORATORIO; ATENCIÓNPRIMARIAENSALUD;GER ENCIA;DIRECCIÓN;SST;PLANEACIÓN;CALIDAD;AMBIENTE;TICS;TH	MARIAN CANTILLO	<a href="mailto:gestion-calidad@maternoinfantil.gov.co">gestion-calidad@maternoinfantil.gov.co</a>	3017396027
14.NOMBRE RESPONSABLE	15.CARGO RESPONSABLE	16.DIRECCION ELECTRONICA RESPONSABLE	17.TELEFONO RESPONSABLE
JUAN SANCHEZ PAEZ	GERENTE	<a href="mailto:gerencia@maternoinfantil.gov.co">gerencia@maternoinfantil.gov.co</a>	6053759400

Al aplicar la fórmula del Indicador obtuvimos el siguiente resultado

<b>FORMULA DEL INDICADOR</b> <b>Acciones de mejora planeadas /acciones de mejora realizadas</b>	<b>Resultado</b> <b>Indicador 2</b>
<b>70 /75</b>	<b>0,93</b>

**Auditorías realizadas:** Se planearon y se hicieron **3 (Tres)** auditorias.

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

Para el año 2022 las acciones de mejora que se plantean es socializar todos los documentos levantados en el 2020 y en las auditorias verificar la adherencia , con el fin de ir cerrando esas acciones de mejora , robusteciendo el mejoramiento continuo e ir priorizando otras oportunidades de mejora en la próxima anualidad.

Darle alcance en la implementación a los coordinadores y sus equipos de trabajo , ya que con la presencialidad , las auditorias serán en terreno y no solo se evaluarán documentos o inspecciones virtuales , sino que con la actividad presencial para medir la adherencia de todos los colaboradores de la ESE , se fortalece la evaluación.

Continuar recibiendo la valiosa asistencia técnica de la Secretaria de Salud Municipal , que ha sido fundamental en el avance logrado al igual que el equipo e calidad y los lideres asistenciales Comprometer más a algunos miembros de los grupos de apoyo es otro de los retos

<b>Resultado Obtenido Año 2021</b> <b>Indicador No 2</b>	<b>Meta</b> <b>2021</b>	<b>Calificación del resultado</b> <b>Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>
<b>0,93</b>	<b>≥ 0,90</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( cinco )</b>

**Indicador 3 Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Desarrollo Año 2021**

<b>No 3 INDICADOR</b>	<b>GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>
<b>FORMULA</b>	Numero de metas del POA ejecutadas /Numero de metas del POA programadas Numero de metas del POA ejecutadas /Numero de metas del POA programadas
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-20)</b>	Resultado Indicador año 2020 = 14/15= <b>0.97</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Informe de POA certificado por la Oficina de Control Interno de la ESE Lista de Acciones planteadas en la vigencia y % de cumplimiento por área
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Jefe de Oficina de Control Interno

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 3  
AÑO 2021**

<b>EVALUACION POA 2021 POR AREA ESTRATEGICA /GLOBAL</b>				
<b>AREA ESTRATEGICA</b>	<b>TOTAL PLANEADAS</b>	<b>TOTAL EJECUTADAS CUMPLE META</b>		<b>% OBTENIDO</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>DIRECCION</b>	33	SI		0,98
<b>ASISTENCIAL</b>	18	SI		0,99
<b>ADMINISTRATIVA</b>	31	SI	1	0,97
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	82	SI	1	0,98

Fuente : Certificación Planeación/ Informe Control Interno

En la vigencia 2021 el desarrollo global del POA 2021 presentado y monitoreado por la Oficina de Planeación y certificado su cumplimiento por la Oficina de Control Interno a 31 de Diciembre fue de **0.98**, lo cual indica que sus objetivos o proyectos se cumplieron

satisfactoriamente por encima de la meta planteada por la norma. .

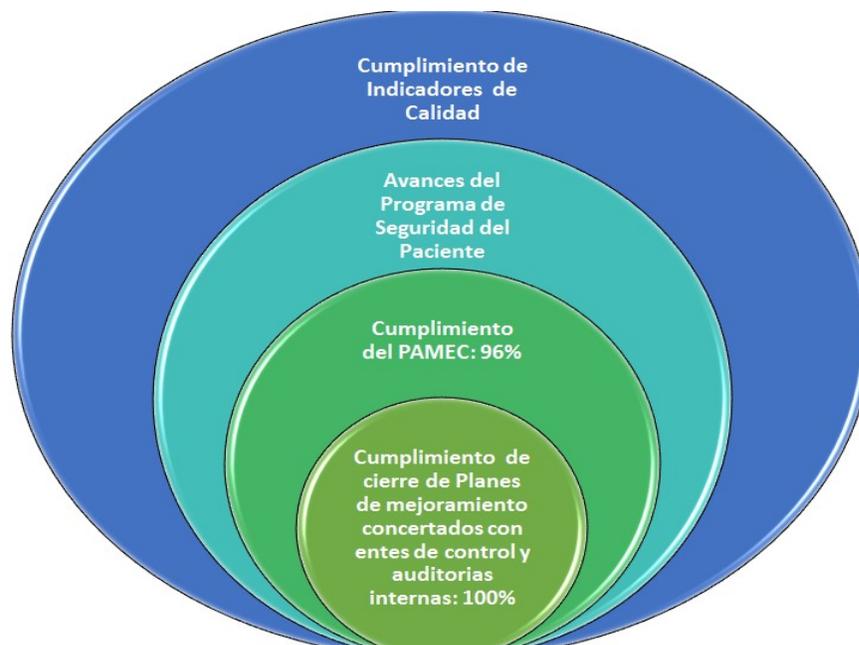
En el Plan Operativo Anual de la vigencia 2021 , se detalla las acciones planeadas y ejecutadas en la vigencia , generadas de las diferentes líneas de acción y sus correspondientes objetivos del Plan de Desarrollo institucional planteado y aprobado en Junta en el mes de Junio de 2020 . Vemos como de 82 acciones programadas se cumplieron 82, a pesar de todas las barreras y dificultades , que también genero la pandemia en el 2021, pero se tuvo una gran fortaleza y fue el retorno a la presencialidad, lo cual genero confianza y optimismo no solo en los trabajadores, sino ,también en nuestros clientes que no habían hecho adherencia la modalidad virtual de atención de la prestación de los servicios.

La mayor parte de las acciones avanzaron un 100% , solo 3 acciones quedaron por debajo de la meta relacionadas 2 con Talento Humano ( Plan de capacitación y Programa de Inducción) y la relacionada con mantenimiento preventivo de equipos biomédicos que obtuvieron un porcentaje de avance por debajo de 0.80

Al interior del desarrollo del POA 2021 destacamos los avances de los siguientes objetivos de las líneas de acción de las 3 áreas estratégicas

#### **AREA DE DIRECCION:**

En lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad destacamos entre las varias acciones planteadas las siguientes :



La calidad en la atención en una IPS no solo se mide por los indicadores de calidad ( todos cumplieron el estándar) , en el marco del sistema se tienen otros componentes muy importantes para evaluar el avance , en pandemia le hemos pegado a la integralidad a desarrollar todos los componentes del SOGC

Es así como hemos obtenido cumplimiento de los indicadores de calidad que les detallaremos más adelante los resultados obtenidos, avances importantes del programa de seguridad del paciente, en este programa se le ha dado mucho énfasis a la educación al usuario y al personal en el protocolo de bioseguridad para control del contagio por Covid.

Cumplimos las acciones de mejora que nos propusimos en el PAMEC 2021, sustentadas y reportadas a la Supersalud con un 93 % de cumplimiento y de la misma manera y evaluados por los entes de control y la oficina de control interno, dimos cumplimiento al cierre de todos los planes de mejora que concertamos para el 2021 en un 100 % de cumplimiento, certificado por Control Interno el cumplimiento frente a las evidencias entregadas.

En esta vigencia 2022 con el regreso a la presencialidad trabajaremos en lograr el cumplimiento de los estándares de habilitación

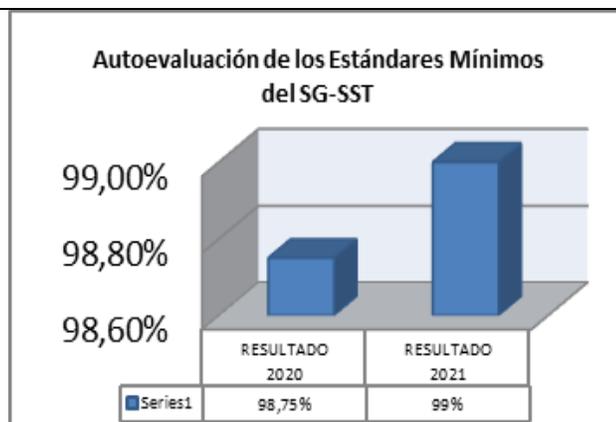
### **TRABAJAMOS EN EL DESARROLLO DEL MIPG**



Desde el año 2020, iniciamos la articulación del SOGC con el modelo integrado de Planeación y Gestión en la búsqueda de cumplir las exigencias de la Función Pública, por tener la salud un sistema propio de calidad, hemos ido articulando los puntos donde coinciden, y es así como hoy cumplimos con el desarrollo de todos los planes y programas del MIPG y la implementación de sus políticas, que hemos adoptándolas y estructurándolos en el cumplimiento de acciones de las 3 áreas estratégicas: la Función Pública nos certificó el cumplimiento del FURAG el año pasado del año 2020 con Índice de desempeño de 60,2, a la fecha avanzamos en el avance del diligenciamiento del FURAG del año 2021.

### **SISTEMA DE GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

En relación a este sistema del área estratégica obtuvimos un avance en el Año 2021 en la Autoevaluación de los Requisitos mínimos del 99%, avanzamos en comparación con el 98% del año 2020, este resultado lo revisa y expide la certificación la ARL con la revisión de las evidencias



**Fuente: Oficina de SST-HMI**

En relación al Plan de Trabajo del SG-SST para el año 2021 fue de 95% su cumplimiento, Certificado por la ARL

El componente externo de Salud Mental se trabajó **con** capacitaciones a la comunidad a través del PIC especialmente en Prevención del suicidio, prevención del Bullying, como afrontar el duelo, Mitos y realidades del contagio y la Vacunación a través de redes sociales in vivo entre otras; el componente interno se trabajó al interior de la ESE liderado por una psicóloga, también con estrategias de intervención a los trabajadores con pérdida de familiares por contagios, capacitaciones virtuales dirigidas por expertos en cómo afrontar el duelo, énfasis en despliegue del nuevo Protocolo de bioseguridad, Autocuidado del individuo y la familia, contamos con el apoyo de la ARL en estas temáticas y de algunas universidades contactadas que aceptaron apoyarnos en el marco de los convenios

#### **SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

**CONTROL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS** Otro de los retos de la pandemia y del año 2021, con el regreso a la presencialidad nos enfrentamos a una labor ardua ante el incremento del consumo de EPP y es así que en el 2021 se nos presentó una contingencia por exceso de producción de RH por EPP y se controló inmediatamente con el coordinador de la sede, en el 2do pico de contagios y no se ha tenido más contingencias por la excelente gestión realizada por los coordinadores de las sedes, especialmente los que ofertan urgencias.

También nos unimos a la política cero papel de la Presidencia, iniciamos con la implementación de la HC electrónica y el cargue de la cuenta de cobros en un micrositio de la página web institucional entre las medidas que hemos acogido para ir disminuyendo el consumo de papel

#### **TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN TI Y COMUNICACIONES**

Historia Clínica electrónica: Importante avance en la implementación de la HC: 100% la de Urgencias, de Consulta externa, Rutas y Odontología: 85%

**FORTALECIMIENTO DEL CALL CENTER AÑO 2021** Aumento en número de agentes, pero

persiste este servicio como la 1era causa de PQRS al cierre de la vigencia. Plan de mejora para el 2022: Estrategia de ampliación tecnológica y de recurso Humano Uso de otras tecnologías para asignación de citas: Pág. web

**GESTIÓN PROYECTO DE MODERNIZACIÓN RED HOSPITALARIA** de la Gobernación del Atlántico entrega 2 ambulancias aumentando a 4 el parque automotor de la ESE, Se recibe el 29-12-2021.

**GESTIÓN CONSECUISIÓN DE DOTACIÓN CON RECURSOS FRESCOS**

Donaciones de las 2 ambulancias , dispositivos médicos y EPP por el orden de \$ 361.868.444

**AREA ASISTENCIAL**

Destacamos el desarrollo en el marco del nuevo modelo la implementación de las Rutas y su gran avance , se posiciona como una de las ESES que mejor evaluación tiene entre las ESEs del dpto. en lo que avance se refiere.

**AREA ADMINISTRATIVA**

Se destaca en esta área el desarrollo del Programa de salud mental , que durante la pandemia fue un pilar fundamental para intervenir, a través de 1 profesional psicóloga aquellos trabajadores con secuelas postCovid o por perdidas de seres queridos , desafortunadamente se retiró antes de finalizar el año por las medidas de austeridad establecidas en el cierre de la vigencia en la entidad.

**PLAN DE ACCIÓN 2022**

Se planteó para el desarrollo del POA 2022 , fortalecimiento de las acciones de los objetivos institucionales teniendo en cuenta los procesos involucrados

Reunión con todos los responsables para revisar las acciones planteadas y ajustar algunos acorde a instrucciones de la Función Pública que también solicito inclusión de las políticas del MIPG y revisar cómo se interrelacionan todos los planes gerenciales con el PAAC ( Plan Anticorrupción y sus componentes)

Desplegar sus objetivos a través del PAC ( Plan Anual de Capacitación 2022 ) para empoderar aún más a toda la población trabajadora con el desarrollo

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 3	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
0,98	≥ 0,90	Cumplió Meta 5 ( cinco )

## 2.2 AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En Esta Área Estratégica se evalúa 8 indicadores como son el avance del Plan De Saneamiento Fiscal Y Financiero, la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida, se determina la proporción de medicamentos y material médico – quirúrgico adquiridos y a través de que mecanismo, se cuantifica el 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, se evalúa el uso adecuado de la información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo y la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya y circular única de la superintendencia de salud.

Esta área se evalúa con 8 Indicadores la gestión financiera y administrativa

El Indicador 4 .Riesgo Financiero y Fiscal como ya expresamos al principio no se va incluir por no está desarrollando el PSFF

Evaluaremos entonces los otros 7 y distribuiremos su ponderación entre ellos equitativamente

## Indicador 5. Evolución del gasto por Unidad De Valor Relativo Producida

<b>No 5 INDICADOR</b>	<b>EVOLUCION DEL GASTO POR UVR</b>
<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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b>	<b>1,89</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>&lt; 0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Ficha Técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Responsable área Financiera

Este indicador evalúa el comportamiento del gasto frente a la producción de servicios de la vigencia, la producción se mide en unidades de valor relativos producidas, este a su vez 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.

### CALCULO DE LA UVR

Concepto	Ponderación UVR	PRODUCCION		UVR	
		2020	2021	2020	2021
Dosis de biológico aplicadas	0,15	170.715	217.137	25.607,3	32.570,6
Controles de enfermería	0,75	11.463	16.347	8.597,3	12.260,3
Citologías cervicovaginales tomadas	2,00	9.029	19.665	18.058,0	39.330,0
Otros controles de enfermería de PyP	0,75	38.105	36.925	28.578,8	27.693,8
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	2,37	74.269	131.801	176.017,5	312.368,4
Número de sesiones de talleres	1,82	1.052	1.979	1.914,6	3.601,8

colectivos -PIC-					
Consultas de medicina general electivas realizadas	1,82	124.666	157.247	226.892,1	286.189,5
Consultas de medicina general urgentes realizadas	5,27	20.959	24.613	110.453,9	129.710,5
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	2,60	4.737	2.109	12.316,2	5.483,4
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	1,82	16.561	43.035	30.141,0	78.323,7
Sellantes aplicados	1,06	1.248	3.154	1.322,9	3.343,2
Superficies obturadas (cualquier material)	1,06	3.361	8.978	3.562,7	9.516,7
Exodoncias (cualquier tipo)	2,10	792	2.134	1.663,2	4.481,4
Partos vaginales	65,00	44	42	2.860,0	2.730,0
Total, de días estancia de los egresos	10,74	246	1.024	2.642,0	10.997,8
Exámenes de laboratorio	1,98	201.612	340.537	399.191,8	674.263,3
Número de imágenes diagnósticas tomadas	4,73	13.688	25.123	64.744,2	118.831,8
<b>UVR</b>				<b>1.114.563,47</b>	<b>1.751.695,98</b>

Fuente Pagina SIHO MSP

#### CALCULO DEL GASTO

DETALLE	2020	2021
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO COMPROMETIDO	33.412.786.145	36.130.713.506
GASTOS DE OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS	7.161.668.359	8.439.917.248
<b>TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS</b>	<b>40.574.454.504</b>	<b>44.570.630.754</b>
DEFLACTOR 2021	1,01610	0%
<b>TOTAL GASTOS DEFLACTADOS</b>	<b>41.227.703.221,5</b>	<b>44.570.630.754</b>

Fuente Pagina SIHO MSP

Concepto	UVR		VARIACION
	2020	2021	
UVR	1.114.563,47	1.751.695,98	57,2%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y DE PRESTACION DE SERVICIOS	41.227.703.221,5	44.570.630.754	8,10%
COSTO POR UNIDAD PRODUCIDA	36.403,90	25.444,15	-31,2%
<b>RESULTADO INDICADOR UVR 2021</b>	<b>0,68786</b>		

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 5  
AÑO 2021**

**CALCULO DEL INDICADOR**

Este indicador evalúa el comportamiento del gasto frente a la producción determinando el costo por unidad producida y comparando los dos periodos el de evaluación y el del año anterior, de acuerdo al resultado podemos determinar que para el periodo 2021 se disminuyó el costo por unidad producida con respecto al año 2020 en un 31,2% pasando de un costo de 36.990 pesos en el año 2020 a un costo de 25.444,15 pesos para el año 2021 este resultado originado por el crecimiento de la producción en un 57,2%, crecimiento este superior al crecimiento del gasto que estuvo en un 8,1%, mostrando con este resultado eficiencia en el manejo económico, por consiguiente el resultado del indicador fue del **0,68786** estando por debajo de lo establecido que es menor a 0,90.

**PLAN DE ACCIÓN 2022**

El enfoque del Plan de acción a seguir en el 2022 que ayude a mantener estos resultados, se concentra en el fortalecimiento del portafolio de servicios y la producción de servicios y en el manejo adecuado del gasto mediante controles buscando siempre la racionalización de los mismo

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 5	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
<b>0,68786</b>	<b>&lt; 0.90</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( Cinco )</b>

**Indicador 6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos:**

**1. Compras Conjuntas, 2. A Través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. 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

En el año 2020 la gerencia había suscrito convenios con gerentes de otras ESES en el 2020, pero no lo utilizaron porque las exigencias de las compras del 1 y 2 pico no dio oportunidad de reunirse para aplicar el mecanismo adoptado, en el 2021 por primera vez se incursiona en el mecanismo de compras, pero fue mínimo lo adquirido, porque la mayoría fueron realizadas por contratación directa teniendo en cuenta el manual de contratación de la entidad, utilizando criterios de compras teniendo en cuenta el precio y la calidad del producto

<p align="center"><b>No 6 INDICADOR</b></p>	<p align="center"><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></p>
<p align="center"><b>FORMULA</b></p>	<p>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</p>
<p align="center"><b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b></p>	<p align="center"><b>0 ( No se aplicó el mecanismo concertado)</b></p>
<p align="center"><b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b></p>	<p align="center"><b>≥0.70</b></p>
<p align="center"><b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b></p>	<p>1. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. Contenido : 1.-Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminadas por cada uno de los mecanismos de compra a),b) y c) 2.- Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismo de compra</p>

	<p>3.- Valor Total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada</p> <p>4.- 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</p>
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Revisor Fiscal

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 6  
AÑO 2021**

Revisar en esta anualidad la posibilidad de realizar compras conjuntas con otras ESEs que tengan la disposición de realizar el proceso.

Se gestionó convenio con 2 ESEs del Dpto. , pero no se desarrollaron los convenios en términos de compras, como se había acordado , por eso no se cumplió la meta

**PLAN DE ACCIÓN 2022**

Programar la revisión de ampliar la alternativa de compras conjuntas con otras empresas sociales del estado que tenga el propósito de comprar buscando la eficiencia en precios sin descuidar la calidad de los medicamentos y el material médico quirúrgico

<b>Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 6</b>	<b>Meta 2021</b>	<b>Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>
<b>0</b>	<b>≥ 0,70</b>	<b>No Cumplió Meta 0 ( cero )</b>

**Indicador 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior**

Este indicador muestra el cumplimiento de la entidad frente a los compromisos laborales y los servicios personales indirectos como también la variación con respecto al año 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>	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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b>	Deuda a cierre de 2020 de \$ 1.300.714.213 Variación positiva de \$ 449.396.278
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	Cero (0) o variación negativa
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</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>	Revisor Fiscal

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 7  
AÑO 2021**

<b>Indicador</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Valor de la deuda a 30 días por concepto de personal de planta y por concepto de contratación de servicios a 31 de diciembre	851.317.935,00	1.300.714.213	1.177.872.234
<b>Variación \$</b>		<b>\$449.396.278</b>	<b>- 122.841.979</b>

Fuente Pagina SIHO MSP

Este indicador muestra el cumplimiento de la Entidad frente a las deudas por concepto de salarios a los de planta y por concepto de contratación de servicios de personal indirecto,

como también la variación con respecto al periodo anterior, siempre se busca que la variación sea negativa o no exista deuda.

Para el año 2020 y 2021 la ESE no presento deudas de personal de nómina mayores a 30 días, con referencia al concepto de deudas de servicios de personal indirecto en los periodos analizados para el año 2021 el valor de la deuda presento una variación negativa de \$ 122.841.979 correspondiente a la disminución de la deuda pasando de \$ 1.300. 714.213 en el año 2020 a 1.177.872.234 en el año 2021.

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

En el plan de acción de esta administración es no tener deudas con el recurso humano tanto de planta como el de contratación bajo el sistema de orden de prestación de servicios es por ello que dentro de esas acciones se encuentra la

Racionalización del gasto por contratación de órdenes de prestación de servicios buscando mediante el análisis de la capacidad instalada y la producción de servicios el referente para realizar la contratación, otras de las medidas es el fortalecimiento de la gestión de cartera y recaudo que nos permitiría honrar el 100% de los compromisos del recurso humano.

Fortalecer recaudo de la operación corriente y vigencias anterior a fin de poder cancelar oportunamente a los contratistas.

Fortalecimiento del portafolio de servicios y la producción

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 7	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
Deuda a cierre de 2021 de \$ 1.177.872.234 disminuyo con respecto al 2020 Variación negativa de - \$ 112.841.979	Cero (0) o variación negativa	<b>Cumplió Meta : 3 ( Tres )</b>

## Indicador 8. Utilización de información de Registro Individual Prestaciones. RIPS

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, análisis de la producción, estadísticas vitales y frecuencia de USO, y de esta manera idear estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.

<b>No 8 INDICADOR</b>	<b>UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES _RIPS</b>
<b>FORMULA</b>	No de Informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en los RIPS de la vigencia objeto de análisis. Informe debe contener : Población caracterizada , perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020 )</b>	4
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	4
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</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>	Responsable de Planeación o quien haga sus veces soportado en: 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. 4. Certificación de la revisión realizada al Libro de Actas año 2021 de las reuniones de la Junta Directiva

### RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 8 AÑO 2021

Revisadas las actas de Junta de la vigencia se pudo evidenciar que a la fecha se presentaron los 4 informes de RIPS del año 2021:

- Informe de RIPS I Trimestre presentados en Junta del día 25 de mayo del 2021 aprobado mediante Acta de No. 002 de la misma fecha.

-Informe de RIPS II trimestre del 2021 presentados en Junta del día 14 de octubre de 2021 ,

aprobado mediante Acta de No. 005 de la misma fecha.

- Informe de RIPS III presentados en Junta el día 21 de diciembre del 2021, aprobado mediante Acta No. 006 de la misma fecha.

-Informe RIPS IV trimestre del 2021 presentados en Junta el 04 de marzo del 2022, aprobado mediante Acta No. 001 de la misma fecha.

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

Continuar presentando en Junta Directiva los 4 informes de RIPS en cada vigencia

<b>Resultado Obtenido Año 2021</b> <b>Indicador No 8</b>	<b>Meta</b> <b>2021</b>	<b>Calificación del resultado</b> <b>Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>	
<b>4</b>	<b>4</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( CINCO )</b>	

## Indicador 9 Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

<b>No 9 INDICADOR</b>	<b>RESULTADO DE EQUILIBRIO CON RECAUDO</b>
<b>FORMULA</b>	Ingreso Total Recaudado/ Gastos Totales con Cuentas por Pagar
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	En el año 2020 solo se logró cubrir el 85% de los gastos, el resultado que nos arroja este indicador es de <b>0,85</b> para la vigencia 2020 ,es decir que por cada peso que comprometió, recaudo 0,85 centavos
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥ 1</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Ficha Técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Responsable área Financiera

### RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 9 AÑO 2021

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los ingresos recaudados totales y los gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las cuentas por cobrar y por pagar de vigencias anteriores, con esto se determina el excedente y/o déficit de tesorería de la ESE.

Con este cumplimiento de este indicador se busca que los gastos totales de la Institución sean financiados con los recaudos de la vigencia, y por consiguiente la ESE no generara nuevos pasivos.

META POR AÑO	Concepto	Formula	2020	2021
≥1.00	Ingreso Total Recaudado	a	38.959.270.641	45.051.448.462
	Gastos Totales con Cuentas por Pagar	b	45.840.308.503	48.825.565.28
	Equilibrio Presupuestal con recaudo	c=a/b	0,85	0,923
<b>RESULTADO INDICADOR 2021</b>			<b>0,923</b>	

Fuente Pagina SIHO MSP

Este indicador mide la capacidad que tiene la ESE de cubrir el 100% de los gastos con los ingresos

recaudados, la ESE para el año 2021 en lo respecta al equilibrio presupuestal el resultado fue de **92,30** este resultado significa que se logró cubrir el **92,3%** de los gastos comprometidos en el año 2021.

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

Para lograr cumplir el equilibrio presupuestal es necesario el fortalecimiento de los procesos de facturación, radicación y gestión de cartera como también implementar medidas de racionalización y control del gasto, con esto lograríamos cubrir el 100% de los gastos con los ingresos recaudados que es la meta de esta administración.

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 9	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
<b>0,923</b>	<b>≥ 1</b>	<b>Cumplió Meta 3 ( TRES )</b>

**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.**

<b>No 10 INDICADOR</b>	<b>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.</b>
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Superintendencia Nacional de salud
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Certificación de la Oficina de Calidad de cumplimiento de envío de los 2 semestres del 2021 a la Supersalud Certificación TICS de envío de la información en los términos de Ley de los 2 semestres –Pantallazo

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 10  
AÑO 2021**

Revisado el informe de la Supersalud de los resultados de los Indicadores 2 y 10 se evidencio el no cumplimiento para el Indicador 10 en la vigencia 2021 , en el mismo informe la entidad hace aclaración de la manera como están definiendo el cumplimiento :

**Indicador 10**

Para la certificación del indicador No. 10 *“Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya”* , se tuvo en cuenta la información remitida durante el período comprendido entre el 01/01/2021 y el 31/12/2021 (ver tabla N°2. Relación de archivos y periodicidad vigencia 2021), precisando que en el o los casos en los cuales la entidad no haya efectuado el reporte de al menos un archivo tipo o período, o lo haya realizado de manera extemporánea, se considera como NO CUMPLE

A continuación, se relacionan los archivos y especificaciones evaluados en la vigencia 2021 para el indicador 10.

Tabla N°2. Relación de archivos y periodicidad vigencia 2021

ARCHIVO TIPO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO / VIGENCIA	FECHA MAXIMA DE REPORTE
FT004	Cuentas por pagar	Trimestral	4to Trimestre de 2020	20/02/2021
			1er Trimestre de 2021	20/04/2021
			2do Trimestre de 2021	20/07/2021
			3er Trimestre de 2021	20/10/2021
FT002	Publicación de Estados Financieros	Anual	31 de diciembre de 2020	30/04/2021
FT0025	Facturación Radicada	Mensual	31/12/2020	20/02/2021
			31/01/2021	20/02/2021
			28/02/2021	20/03/2021
			31/03/2021	20/04/2021
			30/04/2021	20/05/2021
			31/05/2021	20/06/2021
			30/06/2021	20/07/2021
			31/07/2021	20/08/2021
			31/08/2021	20/09/2021
			30/09/2021	20/10/2021
			31/10/2021	20/11/2021
FT0026	Contratación	Trimestral	4to Trimestre de 2020	20/02/2021
			1er Trimestre de 2021	20/04/2021
			2do Trimestre de 2021	20/07/2021
			3er Trimestre de 2021	20/10/2021
ST006	Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	Anual	31/12/2020	30/03/2021
GT004	Alianza o Asociación de Usuarios	Anual	31/12/2020	20/02/2021
GT003	Rendición de Cuentas	Anual	31/12/2020	10/04/2021
GT001	Código de Conducta y Buen Gobierno	Anual	30/09/2021	30/10/2021
ST002	PAMEC	Anual	30/12/2020	28/02/2021

Fuente: Circulares: Unica y modificatorias.

### PLAN DE ACCIÓN 2022

Revisar exigencia de información del Indicador, e iniciar desde el I trimestre de la vigencia el envío de la información con todo el contenido exigido por la Supersalud

Hacer seguimiento estricto de su cumplimiento por parte de la Gerencia

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 10	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
No cumplió dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<b>No Cumplió Meta 0 ( cero )</b>

**Indicador 11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2. Capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016. -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya**

<b>No 11 INDICADOR</b>	<b>OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004, COMPILADO EN LA SECCIÓN 2. CAPÍTULO 8, TÍTULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016. -DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.</b>
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-20)</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	Cumplimiento dentro de los términos previstos
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	SIHO -Ministerio de Salud y Protección Social
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Certificación de la Oficina Financiera de cumplimiento de envío de los 4 trimestres del 2021 al Ministerio de Salud

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 11  
AÑO 2021**

Los envió de la información al Ministerio de Salud y Protección Social se hizo en los términos previstos  
Página SIHO : Cumplió todos los reportes

**PLAN DE ACCIÓN 2022**

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

<b>Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 11</b>	<b>Meta 2021</b>	<b>Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<b>Cumplió Meta 5 ( CINCO )</b>

### 2.3 ÁREA CLÍNICA O ASISTENCIAL:

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.

En tal sentido se evalúa la captación temprana de gestantes antes de la 12 semana, se realiza la aplicación de adherencia a guías, se evalúa la oportunidad de atención de pacientes, se evalúa la incidencia de sífilis congénita en la población gestante atendida en la ESE.

En esta área se evalúa el cumplimiento de la misión institucional a través de su Oferta de servicios orientada a prestar una atención integral, oportuna y con calidad, altamente humanizada y cuyo centro de acción es el usuario y su familia

Esta área tal vez fue una de las más afectadas por la pandemia teniendo en cuenta las medidas establecidas por los organismos de salud: cierre de servicios, consulta por virtualidad, miedo al contagio, en fin muchas amenazas que afortunadamente en el 2021 fueron minimizándose con la apertura de los servicios y el regreso a la presencialidad, la Vacunación y sus resultados que trajeron la disminución de la morbimortalidad frente al contagio

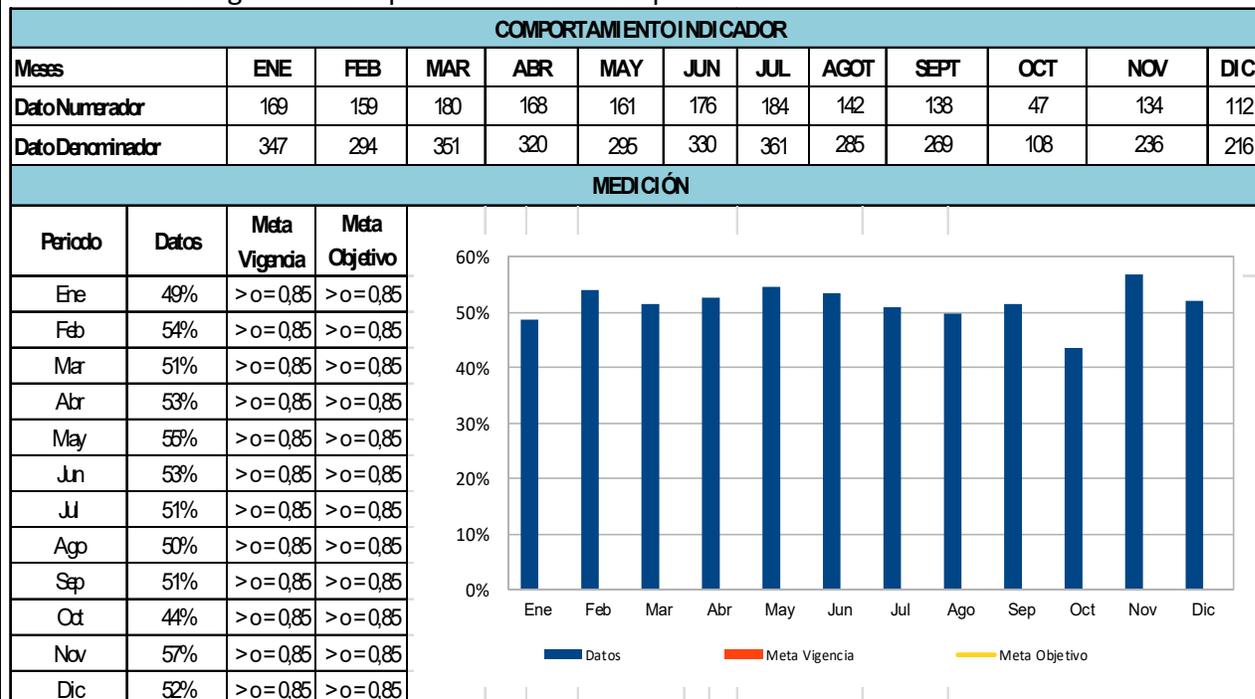
#### Indicador 21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

<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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>0,52</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥0.85</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	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
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerencia Científica

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No. 21  
Año 2021**

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.



Fuente : Sistemas de Información-ESE HMI 2021

Cada trimestre evaluado el resultado es constante por debajo del estándar  $\geq 0,85$

I Trim= 0,51

II Trim :0,53

III Trim : 0,51

IV Trim :0,52

Obteniendo el indicador general del año 2021 al aplicar la formula de **0,52**

Importante tener en cuenta que este Indicador históricamente presenta incumplimiento por captación tardía, donde el gestor principal de su cumplimiento es la EAPB, teniendo en cuenta que no se tiene contratada con la ESE la demanda inducida externa, así mismo la población gestante presenta baja cultura de autocuidado lo que genera que ingresen tarde a la Ruta y que no exista gestación planificada, sin embargo se aclara que la ESE ha venido desarrollado estrategias internas, como la demanda inducida interna, captación a través de reporte de pruebas de embarazo positiva, educación y búsqueda externa de mujeres gestantes a través de vacunadoras en campo, esta última estrategia no se viene desarrollando en atención a la

pandemia y la priorización del proceso de vacunación que tiene al personal de vacunación involucrado en este proceso.

#### PLAN DE ACCIÓN

Realizar el análisis del indicador por parte del comité de Historias Clínicas de manera mensual, plantear acciones de planeación, ejecución y formulación de estrategias a la Subgerencia Científica para el cumplimiento de las metas y calidad del servicio, es de vital importancia, garantizar la adherencia de las usuarias al programa, ya que permite la identificación temprana de parámetros que presenten desviaciones y se haga intervención temprana de estas.

Se deben evaluar las estrategias y efectividad de la demanda inducida interna a la Ruta Materno Perinatal, la Oportunidad de agendamiento o citas prioritarios para toda gestante detectada antes de las 12 semanas, generar incentivos a los equipos extramurales ( PAI-PIC) para fortalecer la búsqueda y derivación a las Ruta Materno Perinatal, así como los incentivos a la Población Gestante para que acudan tempranamente e ingresen oportunamente a la Ruta

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 21	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
0,52	≥0.85	NO Cumplió Meta (1 UNO )

Fuente : Sistemas de Información HMI

## 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.

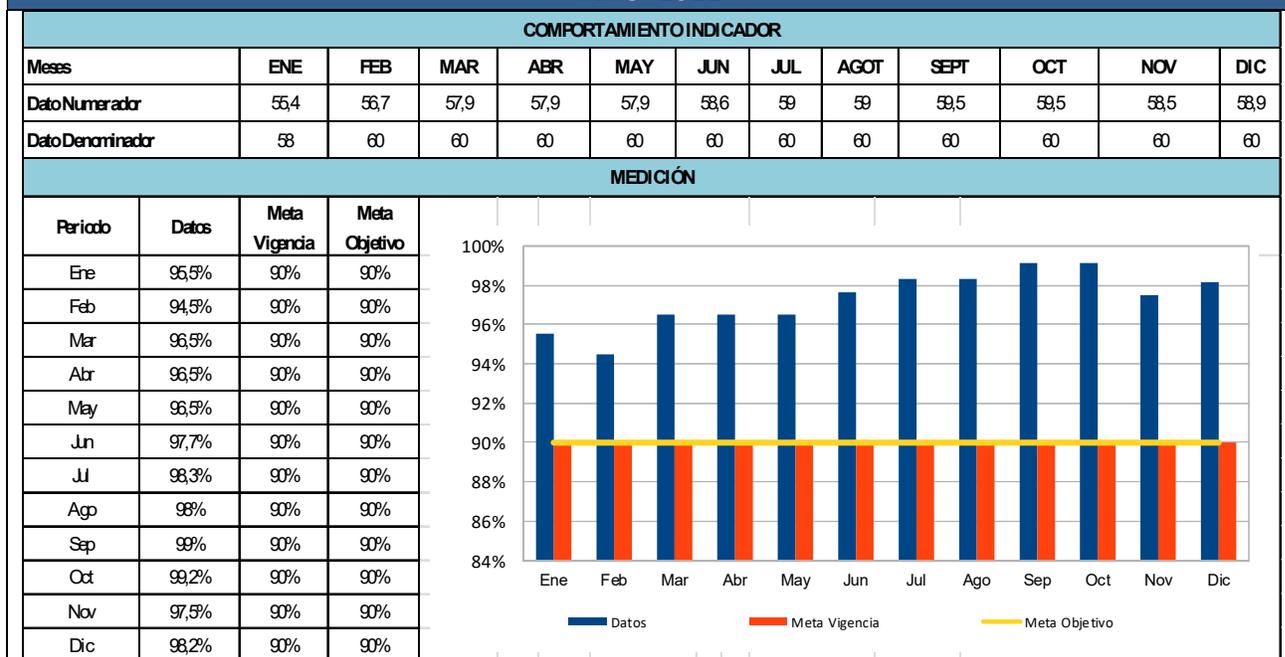
<b>No 22 INDICADOR</b>	<b>INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE</b>	
<b>FORMULA</b>	No de pacientes atendidos a los que se le aplico la Guía referenciada/Total de pacientes atendidos en el periodo evaluado	
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>0 casos</b>	
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>0 casos</b>	
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Cuando no exista casos de Sífilis congénita: 1.Concepto del COVE Municipal o Distrital que certifique la no existencia de casos 2 Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental o Distrital en el cual e certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE , en caso de Sífilis congénita diagnosticado	
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Concepto de COVE de Ente Municipal/Referente de Salud Publica	
<b>RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 22 AÑO 2021</b>		
<b>0 casos</b>		
<b>PLAN DE ACCIÓN 2022</b>		
Seguimiento estricto a las gestantes cuando no regresan a los controles , hacer los reportes respectivos		
Capacitación a los responsables : gestante y pareja		
Retroalimentación permanente a quienes no cumplen la exigencia del indicador y concertar plan de mejoramiento		
Seguimiento estricto a las pacientes positivas		
<b>Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 22</b>	<b>Meta 2021</b>	<b>Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>
<b>0 Casos</b>	<b>0 Casos</b>	<b>Cumplió Meta (5 CINCO )</b>

**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

<b>No 23 INDICADOR</b>	<b>EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO, ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA</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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>0,92</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥0.90</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contenga Acto administrativo de adopción de la Guía por la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerencia Científica

**RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 23  
AÑO 2021**



**Fuente : Sistemas de Información-ESE HMI 2021**

**Resultado obtenido por trimestre**

I Trim= 0,95

II Trim :0,97

III Trim : 0,99

IV Trim :0,98

**Resultado global fue de 0,97**

Al revisar el instrumento aplicado se refleja que todas las historias clínicas evaluadas de la muestra están por encima del 90% de aplicación de la guía

Hay fidelización al Programa de Control de Hipertensos históricamente en los últimos años

**PLAN DE ACCIÓN 2022**

Capacitación a los responsables de la aplicación

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

<b>Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 22</b>	<b>Meta 2021</b>	<b>Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>
<b>0,97</b>	<b>≥0.90</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( CINCO )</b>

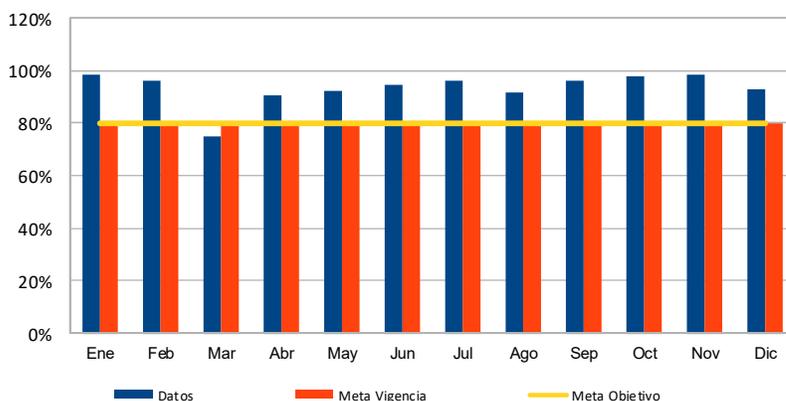
**Fuente : Sistemas de Información HMI**

## Indicador 24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

<b>No 24 INDICADOR</b>	<b>EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO</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>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>0,94</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≥0.80</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Informe de Comité de Historias clínicas que como mínimo contenga Acto administrativo de adopción de la Guía por la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerencia Científica

### RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 24 AÑO 2021

COMPORTAMIENTO INDICADOR												
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOT	SEPT	OCT	NOV	DIC
Dato Numerador	61	50	39	58,95	60,1	61,6	0	0	54,95	40,21	55,1	0
Dato Denominador	62	52	52	65	65	65	0	0	57	41	56	0
MEDICIÓN												
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo									
Ene	98%	80%	80%									
Feb	96%	80%	80%									
Mar	75%	80%	80%									
Abr	90,7%	80%	80%									
May	92,5%	80%	80%									
Jun	94,8%	80%	80%									
Ju	96%	80%	80%									
Ag	92%	80%	80%									
Sep	96,4%	80%	80%									
Oct	98,1%	80%	80%									
Nov	98,4%	80%	80%									
Dic	98%	80%	80%									



Fuente : Sistemas de Información-ESE HMI 2021

### Resultados por trimestre

I Trim= 0,90

II Trim :0,93  
III Trim : 0,95  
IV Trim :0,96  
Total :0,93

### PLAN DE ACCIÓN 2022

Acorde a la Guía exigida por la norma validar y adoptar la herramienta actual el Comité de Historia clínica de manera que al realizar el seguimiento nos permita mes a mes intervenir los aspectos que no cumplen

Capacitación a los responsables de la aplicación

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

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 24	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
0,93	≥0.90	Cumplió Meta 5 ( CINCO )

Fuente : Sistemas de Información HMI

## Indicador 25 Reingreso por el servicio de urgencias

<b>No 25 INDICADOR</b>	<b>REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>
<b>FORMULA</b>	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/ número pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>≤ 0.03</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	<b>Ficha técnica de la página web del SIHO del MSP</b>
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerencia Científica

### RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 25 AÑO 2021

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 sumado a que el indicador está en su límite aceptable, por esta razón este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.

COMPORTAMIENTO INDICADOR												
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOT	SEPT	OCT	NOV	DIC
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dato Denominador	822	1091	1514	1020	1340	1528	1553	1545	1918	1913	1780	1679
MEDICIÓN												

Fuente : Sistemas de Información-ESE HMI 2021

En la revisión realizada ,no se evidencia reingresos al servicio de urgencias, por la misma causa La evaluación efectuada indica que se mantiene en 0 los reingresos o sea el indicador **cumple** el estándar a la fecha

### PLAN DE ACCIÓN 2022

Realizar socialización y Evaluar la adherencia a las guías de Urgencias  
Fortalecer la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en este servicio con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.

Revisar los Sistemas de información

Realizar y revisar en comité de calidad los resultados de las encuestas de satisfacción para intervenirlos

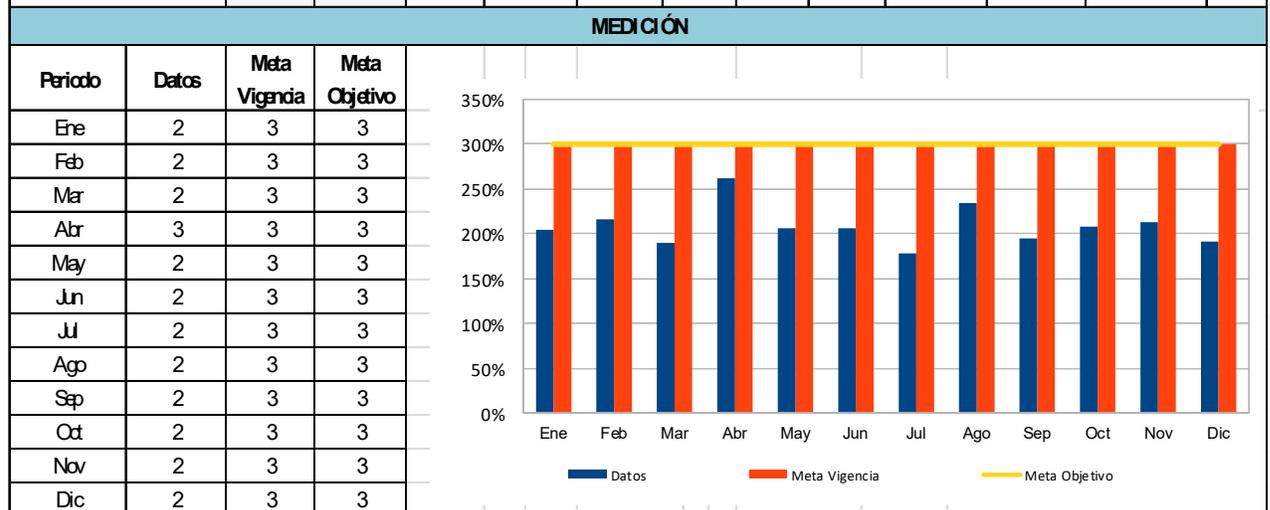
<b>Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 25</b>	<b>Meta 2021</b>	<b>Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018</b>	
<b>0 reingresos</b>	<b>≤ 0.03</b>	<b>Cumplió Meta 5 ( CINCO )</b>	

## OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

<b>No 26 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 se asignó la cita de medicina general, para ser atendido por consulta médica general de primera vez y la fecha para en la cual el usuario soliciten la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación
<b>LINEA DE BASE (Resultado a 31-12-2020)</b>	<b>2 días</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO VIGENCIA 2021</b>	<b>3 días</b>
<b>FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL INDICADOR</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del MSP
<b>RESPONSABLE CERTIFICACIÓN/ EVIDENCIA</b>	Subgerencia Científica

### RESULTADOS OBTENIDO INDICADOR No 26 AÑO 2021

COMPORTAMIENTO INDICADOR												
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOT	SEPT	OCT	NOV	DIC
Dato Numerador	2278	2472	2119	2105	7566	5501	6827	10048	1267	9287	10889	8668
Dato Denominador	1109	1143	1113	802	3664	2662	3821	4284	648	4453	5113	4525



Fuente : Sistemas de Información-ESE HMI 2021

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. A la fecha el indicador se mantiene sin cambios en 2 según Informe de Comité de Historias clínicas y de SI-HMI

#### PLAN DE ACCIÓN 2022

Realizar socialización y evaluar la adherencia a guías

Fortalecer la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en este servicio con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.

Revisar los Sistemas de información

Realizar y revisar en comité de calidad los resultados de las encuestas de satisfacción para intervenirlos

Resultado Obtenido Año 2021 Indicador No 26	Meta 2021	Calificación del resultado Según Anexo 3 .Res 408 /2018
2 días	3 días	Cumplió Meta 5 ( CINCO )

Una vez aplicado los Anexos 3 instructivo de calificación y 4 Matrices de calificación se evalúa la nota obtenida frente al Anexo 5 .Escala de resultados

#### Anexo 5. 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 5,00	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

### 3. ANEXO MATRIZ DE RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2021

INFORME PLAN DE GESTION GERENCIAL PERIODO 2.021								
Resoluciones 408 de 2018 - 1098 de 2018 - 710 del 30 de marzo de 2.012- Res 743 de 2.013								
Resultados acorde a Anexo 4								
Área de gestión	No.	INDICADOR Res 408 DE 2018	META 2021	Línea de base :Resultado obtenido a 31-12-2020	Resultado 2021	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	e	j	f	k	l	m=k*I
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥1.20	1,11	1,20	5	0,05	0,25
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥0.90	0.92	0.96	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del plan de Desarrollo institucional	≥0.90	0.97	0.98	5	0,10	0,5
Financiera y administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de valor Relativo producida (1)	<0,90	1	0,68	5	0,06	0,3
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas. B) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado) Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥0.70	0	0	0	0,06	0,0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Registra deuda .Presenta variación interanual positiva en monto de la deuda \$ 449.396.278	Registra deuda Presenta variación interanual negativa en monto de la deuda en - \$ 122.841.979	3	0,06	0,2

	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones-RIPS	4	4	4	5	0,06	0,3
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1.00	0.85	0.923	3	0,06	0,2
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO Cumplimiento dentro de los términos previstos	0	0,06	0,0
	11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2. Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. -Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,06	0,3
Área asistencial 20%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥0.85	0,52	0,52	1	0,08	0,1
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	5	0,08	0,4
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥0.80	0.92	0.97	5	0,07	0,4
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y Desarrollo	≥0.90	0.94	0.93	5	0,06	0,3
	25	Reingreso por el servicio de urgencias	≤ 0.03	0	0	5	0,05	0,3
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	2	2	5	0,06	0,3
<b>Resultado global obtenido</b>								<b>3,880</b>

#### 4. CONCLUSIONES GENERALES

1. La Gerencia y su equipo de trabajo reiteran a la Honorable Junta Directiva de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad su comprensión al esfuerzo que se está realizando por parte de la población hospitalaria frente a la pandemia desde distintos frentes, tal como lo precisó el Ministerio de salud a través de la Dirección de prestación de servicios y Atención primaria, cuando enviaron un proyecto de Resolución para hacer algunos ajustes por esta vigencia en los indicadores administrativos por el tema pandemia y sus implicaciones financieras, lo cual a la fecha no se formalizó, desconocemos las razones.
2. Como a la fecha el Ministerio de Salud y Protección Social no se ha pronunciado en relación al proyecto de resolución y los términos están próximos a vencerse y la resolución 408 de 2018 sigue en firme, decidimos presentar el Informe con la Norma vigente a la fecha.
3. Con relación a los Indicadores que no alcanzaron a cumplir metas, además de las acciones generales anotadas, se va a levantar un plan de mejora, con los responsables y a través del Comité de Gestión Y desempeño se le hará seguimiento mensual para intervenir desviaciones de forma oportuna y lograr en la vigencia actual el cumplimiento de los mismos.
4. En términos de Sistemas de Gestión en especial de calidad, se inició desde el año pasado con la asistencia técnica de la Secretaría Municipal un trabajo de empoderamiento del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, no estamos apropiando de la Ruta Crítica, y este año desarrollaremos el PAMEC con más enfoque en los estándares de sedes integradas en red de los estándares asistenciales, en la búsqueda de organizar las sedes como IPS con su propia identidad en las 3 áreas estratégicas y darles a los coordinadores un rol de más relevancia administrativa, lo cual será beneficioso para todos, incluyendo a nuestros usuarios.
5. En lo misional se continuará desarrollando las Rutas y fortaleciendo su implementación, así también como una revisión exhaustiva del mecanismo de la captación de gestantes antes de la 12 semana, nuestra meta es mejorar la captación este año, para lo cual se harán unas mesas de trabajo con los actores involucrados y en especial con las EAPB, para lo cual se solicitará el apoyo incondicional de la Secretaría de Salud municipal y de todos los miembros de Junta para evaluar los criterios que se están usando en la interpretación de la norma y los cuales son de mayor responsabilidad de las EAPB que de la ESE y la responsabilidad solo la está asumiendo el gerente de la ESE.
6. Racionalización del Gasto y Fortalecimiento del portafolio de servicios y la producción, objetivo central para la mejora de los indicadores financieros, lo cual va sujeto a comportamiento de la pandemia en el 2022. Se prevé para este mes revisión con el

Equipo de científica del Portafolio y definir también el tema de los pasivos con la Supersalud

7. Se continuara seguimiento estricto a los gastos frente al recaudo, para controlar desviaciones de los indicadores, al que el concepto de gasto afecto en esta vigencia.



**JUAN SANCHEZ PAEZ**

Gerente