



# Red Salud Armenia E.S.E.

## PA' CUIDAR DE TODOS

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2024 - 2028  
Código: ES-DG-PL-004 Versión: 1

1.	PRESENTACIÓN .....	3
2.	MARCO NORMATIVO .....	3
3.	GENERALIDADES DE RED SALUD ARMENIA ESE.....	6
<b>3.1.</b>	<b>RESEÑA HISTÓRICA:</b> .....	6
<b>3.2.</b>	<b>RED PRESTADORA DE SERVICIOS</b> .....	7
<b>3.3.</b>	<b>SERVICIOS OFERTADOS:</b> .....	8
4.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO .....	9
5.	PROPÓSITO DEL PLAN DE GESTION .....	16
6.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN.....	16
7.	FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL: .....	17
	<b>GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA</b> .....	17
	Indicador No.1 .....	17
	Indicador No.2.....	20
	Indicador No.3.....	23
	<b>GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b> .....	25
	Indicador No.4.....	25
	Indicador No.5.....	26
	Indicador No.6.....	28
	Indicador No.7.....	30
	Indicador No.8.....	32
	Indicador No.9.....	34
	Indicador No.10.....	36
	Indicador No.11.....	377
	<b>GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL</b> .....	39
	Indicador No.21.....	40
	Indicador No.22.....	42
	Indicador No.23.....	45
	Indicador No.24.....	499
	Indicador No.25.....	52
	Indicador No.26.....	54
8.	EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	556

## 1. PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de **RED SALUD ARMENIA ESE** para el periodo 2024-2028. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva de la ESE y se plasman las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, siendo estas la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013, la Resolución 408 del 2018 y la Resolución 1097 del 27 de marzo de 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

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

## 2. MARCO NORMATIVO

### ✓ Ley 1122 de 2007

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

### ✓ Ley 1122 de 2007. Artículo 28

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

### ✓ Ley 1438 de 2011

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

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

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

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

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

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

- **Artículo 74:** Establece la evaluación del Plan de Gestión del director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- ✓ **Decreto 357 de febrero 8 de 2008:**  
Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

**Artículo 2:** Presentación del plan de gestión. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar el plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión como Director o Gerente. El Director o Gerente que hubiere tomado posesión con anterioridad a la publicación del presente decreto, deberá presentar el plan de gestión respectivo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto.

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

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

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

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

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

✓ **Resolución 408 de 2018**

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

✓ **Resolución 1097 de 2018**

Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018.

### 3. GENERALIDADES DE RED SALUD ARMENIA ESE

#### 3.1. RESEÑA HISTÓRICA:

Con cerca de más de 32 años de historia y una amplia trayectoria basada en el servicio a la población del municipio de Armenia Red Salud Armenia E.S.E. evoca su historia.

A través de Acuerdo No 006 del 05 de septiembre de 1988 de orden municipal fue creado la Unidad Intermedia del Sur, adscrita al sistema nacional de salud y al servicio seccional del Quindío, para servir de centro de apoyo para los centros y puestos de salud localizados en el sector sur de la ciudad de Armenia y con el funcionamiento de centros y puestos de salud.

Por medio de Decreto Número 095 de 1989 del 30 de marzo, se expiden los estatutos para el establecimiento público del orden municipal denominado “UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR” del municipio de Armenia Quindío; con el objetivo contribuir al mejoramiento del sistema médico básico de los habitantes del sector sur de la ciudad y de servir de punto de apoyo para los centros y puestos de salud que prestan su servicio en su área de influencia de acuerdo a los planes y programas que para el efecto sean diseñados por el ministerio de salud con el fin de elevar y mantener el estado de salud de la comunidad.

En el año 1998, con las reformas del sistema de Salud a nivel nacional, la Unidad Intermedia del Sur y sus sedes, fueron descentralizadas creándose a través del Acuerdo 016 de Agosto 06 de 1.998 del Concejo Municipal a Red Salud Armenia E.S.E, conformada por la Unidad Intermedia del sur y 10 centros de salud (Correa Grillo, La Patria, La Clarita, Miraflores, Nueva Libertad, el Paraíso, Los Quindos, Santa Rita, Milagrosa, Piloto Uribe y 1 puesto de salud Caimo, constituida como una empresa social del estado como entidad pública del orden municipal, con el objetivo de prestar los servicios de salud como un servicio público a cargo del estado y como parte integral del sistema de seguridad social del estado.

Conforme al aumento de la población que solicita la atención de baja complejidad, desde la gerencia de la ESE, en el año 2008 se realizó la adquisición de una nueva sede habilitada como CAA del Sur, además se recibió en comodato la sede de Fundadores, creándose un centro de salud adicional ubicado al norte del municipio de Armenia, así mismo se habilitó el punto de vacunación CAM.

Como aporte a la región a parte de la prestación de servicios de salud, Red Salud Armenia ESE obtuvo la certificación de Buenas prácticas en Investigación del INVIMA en el año 2012, y su recertificación en el año 2017, permitiéndose participar en investigaciones como la denominada CYD 15 vacuna contra el Dengue, entre otros proyectos.

En el año 2018, por estrategias financieras, para mejorar el equilibrio presupuestal y en cumplimiento a los requisitos mínimos de habilitación, se realizó el cierre de las sedes: Quindos y el Punto de vacunación CAM.

La crisis ocasionada por el COVID-19 afectó a diferentes sectores, el primero de ellos es el sector de prestación de servicios de salud, principal doliente del virus. Las Instituciones Prestadores de Salud - IPS, son las llamadas a atender toda la población, haciendo preciso la necesidad de reorganizarse en la prestación de servicios, conduciendo al cierre de varias sedes, las cuales se han ido aperturando gradualmente, fue así como en la vigencia 2022 se le dió apertura al Centro de Salud Santa Rita. Continuando cerrado el Centro de Salud La Milagrosa, con respecto a la Nueva Libertad se celebró comodato con Medicina Legal para una sede administrativa., los Centros de Salud Miraflores y la Patria fueron devueltos al municipio esto con el fin de desarrollar diferentes programas sociales para la población cuyabra.

### **3.2. RED PRESTADORA DE SERVICIOS**

Para la prestación de los servicios de salud, Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con infraestructura física, distribuida geográficamente en toda la ciudad, con una red de servicios en su área de influencia en el área urbana y rural con servicios habilitados para la intervención extra e Intramural con actividades individuales y colectivas en el marco del Modelo de Atención Primaria en Salud y la estructuración de redes integradas de servicios de salud.

#### **Centro de Atención y su área de influencia**

Zona Sur: Cubre las comunas 1, 2 y 3 con los siguientes centros de salud:

- CAA del Sur
- Unidad Intermedia del Sur
- Caimo
- Correa Grillo
- Santa Rita

Zona Occidente: Cubre las comunas 5, 6 y 8 con los siguientes centros de salud:

- La Clarita
- El Paraíso

Zona Oriente: Cubre las comunas 7 y 4 con los siguientes centros de salud:

- Piloto Uribe

### 3.3. SERVICIOS OFERTADOS:

Red Salud Armenia ESE es una entidad de salud de baja complejidad, cuenta con los siguientes centros de atención y servicios habilitados según Resolución 3100 de 2019:

Codigo	SERVICIOS HABILITADOS	SEDE 01 UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	SEDE 02 CENTRO DE SALUD LA CLARITA	SEDE 05 CENTRO DE SALUD PARAISO	SEDE 07 CENTRO DE SALUD EL CAIMO	SEDE 09 CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	SEDE 10 CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO	SEDE 14 CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA	SEDE 18 CENTRO DE SALUD SANTA RITA
745	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - NO IONIZANTES							X	
749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	X	X	X	X	X	X	X	X
748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	X						X	
714	SERVICIO FARMACÉUTICO	X				X			
712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	X	X			X	X	X	
706	LABORATORIO CLÍNICO	X							
1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	X							
1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	X							
1102	URGENCIAS	X							
1101	ATENCIÓN DEL PARTO	X							
344	PSICOLOGÍA	X						X	
420	VACUNACIÓN	X	X	X		X	X	X	X
334	ODONTOLOGÍA GENERAL	X	X	X	X	X	X	X	X
333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	X						X	
328	MEDICINA GENERAL	X	X	X	X	X	X	X	X
320	GINECOBSTERICIA							X	
312	ENFERMERÍA	X	X	X	X	X	X	X	X
311	ENDODONCIA							X	
129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	X							
130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	X							

#### Modelo de Atención en Salud:



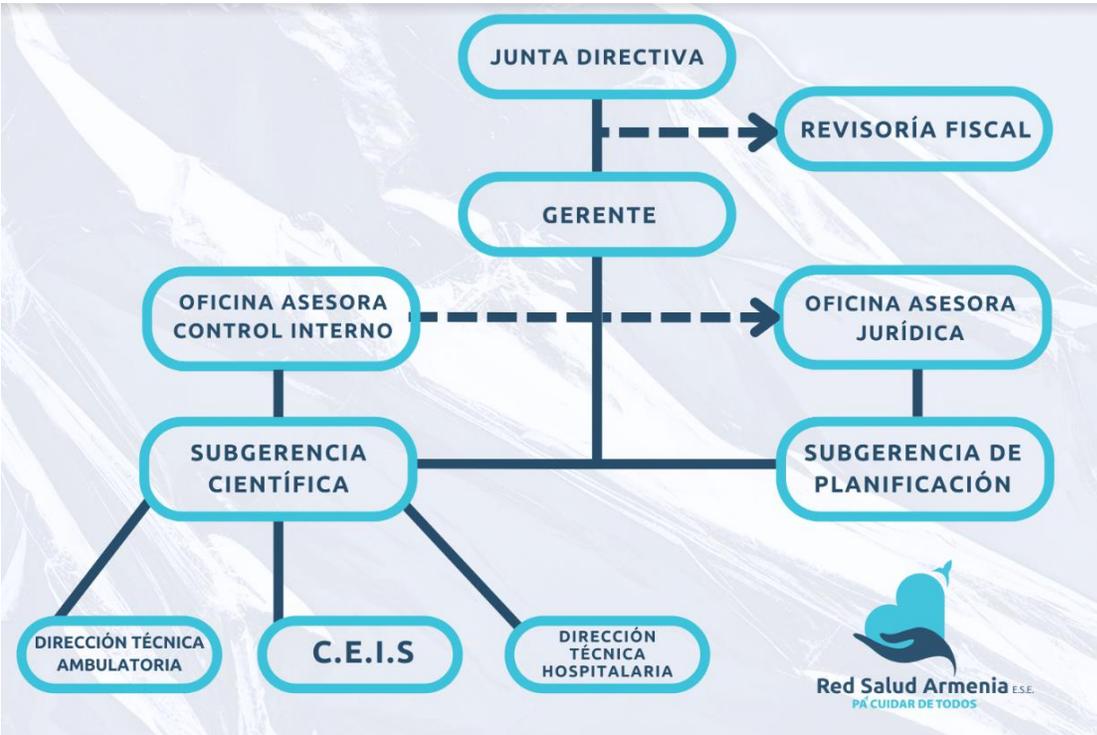
El modelo de atención en salud de Red Salud Armenia ESE, está formulado según los lineamientos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud, definido en decreto 780 de 2016. Integra elementos, que promueven la mejora continua en la calidad de los servicios prestados y compromete a la Institución con el entorno y el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados al beneficio de la comunidad. , Además de lo anterior, la

institución se articula con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 429 de 2016, cuyo objetivo general es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”

El modelo de prestación de servicios de Red Salud Armenia ESE, presenta como base a la transformación y la cultura organizacional como pilar del desarrollo de la Institución. Una cultura en la cual, se ratifica la persona, la familia y la comunidad como eje central de las actuaciones y que se fortalece día a día por medio de estrategias que fomentan los valores y principios éticos en cada uno de los funcionarios.

#### 4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

### ORGANIGRAMA



## MISIÓN

Contribuir al mejoramiento de la salud de nuestros usuarios, integrando la gestión clínica y de riesgo, la educación, humanización e investigación, buscando la mejora continua para beneficio de la comunidad.

## VISIÓN

En el año 2028 seremos reconocidos por un modelo de atención enfocado en la gestión clínica y del riesgo, evidenciado por un capital humano comprometido con la atención cálida, segura y humanizada; sumado al fortalecimiento de la academia y la investigación.

## VALORES

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- **Diligencia:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Calidez:** Consiste en ser amables, cordiales, empáticos y comprensivos con el otro.
- **Trabajo en equipo:** Incita a colaborar activamente con el resto del grupo. Esto, a su vez, promueve el aprendizaje colaborativo dentro del mismo. Cuando uno aprende de los demás y comparte sus conocimientos con ellos, todos nos beneficiamos de la experiencia de cada miembro.

## PRINCIPIOS

1. **Integridad, transparencia y confianza:** como principal criterio de actuación de los servidores públicos y deber hacia los ciudadanos.
2. **Orientación a resultados:** Toma como eje de toda la gestión pública, los derechos y las necesidades de los ciudadanos asociadas al propósito fundamental de la entidad, así como los resultados con valores, necesarios para su satisfacción.
3. **Excelencia y calidad:** lograr que, a lo largo del tiempo, los atributos de los servicios o productos públicos, brindados a los ciudadanos, sean los mejores para satisfacer sus necesidades y garantizar sus derechos.
4. **Aprendizaje e innovación:** Mejorar de manera permanente, incorporando la innovación, aprovechando la creatividad de sus grupos internos y, en lo posible, de todos los grupos de interés de la entidad.
5. **Toma de decisiones basado en evidencias:** capturar, analizar y usar información para la toma de decisiones que afectan la consecución de los resultados de la entidad.

## OBJETIVOS INSTITUCIONALES

### Objetivo General:

Prestar servicios de salud con calidad y humanización, centrados en el usuario y su familia orientados a la satisfacción de sus necesidades, que contribuya a la sostenibilidad económica y administrativa de la organización.

### Objetivos Específicos:

- Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.
- Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.

- Mejorar el sistema de información y tecnología de la organización.
- Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional.
- Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.
- Fortalecer la gestión de la organización para alcanzar el reconocimiento como escenario de practica formativa con altos estándares de calidad.
- Propender por la sostenibilidad de la certificación de buenas prácticas clínicas de investigación en salud.

### POBLACION OBJETO EN SALUD

La E.S.E cuenta actualmente con una población sujeto de atención de 309.474 habitantes correspondiente al total de la población de Armenia, y de los municipios aledaños del departamento aproximadamente 256.574 posibles consultantes; el 30% están enfocados en contratos a través de las diferentes EAPB ubicadas en el Departamento. (566.048 total Quindío) fuente DANE proyecciones Post COVID



ACTUALIZACIÓN POST COVID-19. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPAL POR ÁREA, SEXO Y EDAD.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL MUNICIPAL PERIODO 2020 - 2035.

DP	DPNOM	MPIO	DPMP	AÑO	ÁREA GEOGRÁFICA	Total Hombres	Total Mujeres	Total
63	Quindío	63001	Armenia	2024	Cabecera Municipal	141.242	160.465	301.707
				2024	Centros Poblados y Rural Disperso	4.467	3.300	7.767
				<b>2024</b>	<b>Total</b>	<b>145.709</b>	<b>163.765</b>	<b>309.474</b>
				2025	Cabecera Municipal	141.814	161.138	302.952
				2025	Centros Poblados y Rural Disperso	4.521	3.344	7.865
				<b>2025</b>	<b>Total</b>	<b>146.335</b>	<b>164.482</b>	<b>310.817</b>
				2026	Cabecera Municipal	142.284	161.706	303.990
				2026	Centros Poblados y Rural Disperso	4.589	3.380	7.969
				<b>2026</b>	<b>Total</b>	<b>146.873</b>	<b>165.086</b>	<b>311.959</b>
				2027	Cabecera Municipal	142.702	162.194	304.896
				2027	Centros Poblados y Rural Disperso	4.680	3.435	8.115
				<b>2027</b>	<b>Total</b>	<b>147.382</b>	<b>165.629</b>	<b>313.011</b>
2028	Cabecera Municipal	143.117	162.643	305.760				
2028	Centros Poblados y Rural Disperso	4.754	3.495	8.249				
<b>2028</b>	<b>Total</b>	<b>147.871</b>	<b>166.138</b>	<b>314.009</b>				

## ➤ DATOS DE PRODUCCION

Producción de Servicios		
Variable	2022	2023
Camas de Hospitalización	23	23
Total egresos	293	431
Porcentaje ocupacional	8.77	12.33
Promedio días estancia	2.61	2.52
Giro cama	12.74	18.74
Consultas electivas	89.882	91.874
Consultas de medicina general urgente realizadas	32.369	31.892
Número de partos	69	43
Exámenes de laboratorio	204.519	233.378
Número de imágenes diagnósticas tomadas	16.970	17.210
Dosis de biológico aplicadas	63.491	60.089
Citologías cervicovaginales tomadas	5.460	5.450
Controles de enfermería (Atención prenatal, crecimiento y desarrollo).	8.768	8.942

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2022-2023

Según la Ficha Técnica del Ministerio de Salud y Protección Social para las vigencias 2022 y 2023 en el componente de producción de servicios y una vez comparados los resultados obtenidos se evidenció:

- ✓ Incremento en los egresos hospitalarios para la vigencia 2023, así como aumento en el porcentaje ocupacional, una mayor eficiencia al disminuir el promedio días estancia, es decir, que los pacientes en promedio no tuvieron que pasar más de dos días de hospitalización para resolver la patología por la cual fueron hospitalizados.
- ✓ Disminución de las consultas en el servicio de urgencias, evidenciando un mejor uso del servicio, es decir, realmente están llegando los pacientes agudos.

- ✓ Aumento considerable en las actividades de apoyo diagnóstico frente la vigencia 2022, especialmente exámenes de laboratorio en 14.1% e imágenes diagnósticas tomadas con 1.4%.
- ✓ Disminución en dosis de biológico aplicadas en un 5.4%

## ➤ INDICADORES DE CALIDAD

Durante las vigencias 2020 a 2023 se reportan los siguientes Indicadores de Calidad (Resolución 0256 de 5 feb de 2016 y Resolución 1552 de 14 de mayo de 2013).

INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD- PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD							
CODIGO	INDICADOR	ESTANDAR	ESTANDAR	2020	2021	2022	2023
P.2.4	Porporción de endometritis pos parto vaginal	3		0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	5	Por cada 1000 días estancia se espera que se caigan 5 caídas	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	5	Por cada 1000 pacientes atendidos en urgencias que se caigan 5 pacientes	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	5	Por cada 1000 pacientes atendidos en consulta externa se esperan que se caigan 5 pacientes	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	5	Por cada 1000 pacientes atendidos en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se esperan que se caigan 5 pacientes	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.10	Porporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	2	%	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0	0%	0,0	0,2	0,00	0,00
P.2.12	Tasa de úlceras por presión		x 1000 días paciente.	0,0	0,0	0,00	0,00
P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	1	%	0,0	0,003	0,00	0,002
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	0,05	x 1000 egresos	0,0	0,0	0,00	0,002
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	3	días	1,5	1,5	1,94	1,6
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3	días	2,1	2,1	2,36	1,558
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstretricia	5	días	2,1	2,1	2,57	3,771
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	8	días	4,5	4,5	4,77	3,977
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	30	minutos	19,1	19,1	15,90	16,063
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	95%	%	97%	97%	92%	97%
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	95%	%	98%	98%	97%	99%

➤ **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**  
**PQRS Vigencia 2022 - 2023**

Satisfacción de Usuarios		
Descripción	2022	2023
Petición	11	236
Queja	280	310
Reclamo	5	19
Solicitud	25	26
Denuncia	0	1
Felicitaciones	117	332
<b>TOTAL</b>	<b>438</b>	<b>924</b>

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

Servicios	Total encuestas por servicios 2022	Total encuestas por servicios 2023	Total encuestas positivas y negativas				Porcentaje de satisfacción por servicio 2022	Porcentaje de satisfacción por servicio 2023
			Positivas 2022	Positivas 2023	Negativas 2022	Negativas		
Medicina General	384	380	371	366	13	14	97%	96%
Odontología	384	376	368	370	16	6	96%	98%
Enfermería	376	368	362	357	14	11	96%	97%
Laboratorio	352	384	372	379	20	5	106%	99%
Farmacia	392	380	338	369	14	11	86%	97%
Imagenología	360	178	300	159	60	19	83%	89%
Urgencias	376	376	372	372	4	4	99%	99%
Hospitalización	212	168	203	168	9	0	96%	100%
Partos	76	60	76	60	0	0	100%	100%
<b>Total</b>	<b>2912</b>	<b>2670</b>	<b>2762</b>	<b>2600</b>	<b>150</b>	<b>70</b>	<b>95%</b>	<b>97%</b>

## 5. PROPÓSITO DEL PLAN DE GESTIÓN

El presente Plan de Gestión tiene por objeto establecer los compromisos de gestión acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y sus anexos técnicos y normas modificatorias (Resolución 408 del 2018), en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el actual Gerente de **RED SALUD ARMENIA ESE, JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ**, durante el periodo 2024-2028 para el cual fue nombrado mediante Decreto No. 630 del 05 de abril de 2024 y posesionado mediante Acta de Posesión No.185 del 05 de abril del 2024.

16

## 6. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

### ➤ ELABORACIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, 408 del 2018 y 1097 DE 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- **Gestión de Dirección y Gerencia:**  
Cumplimiento de logros estratégicos, desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (20%)
- **Gestión Financiera y Administrativa:**  
Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo. (40%)
- **Gestión Clínica o Asistencial:**  
Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad. (40%)

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2024-2028, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

## ➤ **METODOLOGÍA**

17

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

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

## **7. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:**

### **GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA**

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

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

#### **Indicador No.1**

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

La Acreditación en salud es el reconocimiento que una institución prestadora de servicios de salud, entrega servicios de salud seguros y de alta calidad. Para ello, Red Salud Armenia ESE se compromete a trabajar en la mejora continua de sus procesos, contribuyendo así a recibir una atención con excelencia, minimizando los riesgos, fomentando la cultura de la seguridad y garantizando el cumplimiento de los requisitos de habilitación, los cuales son de carácter obligatorio.

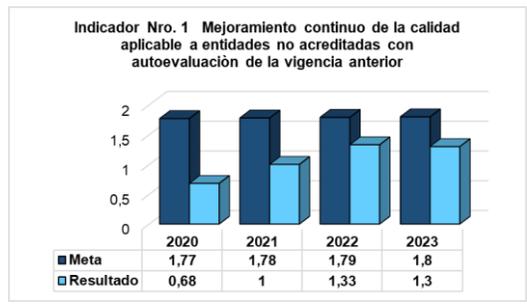
El mejoramiento continuo se construye a través del seguimiento y solución de fondo a las oportunidades de mejora planteadas por los evaluadores y por la propia institución.

El reto de Red Salud Armenia ESE para este cuatrienio, presentarse ante el ICONTEC, siendo este un proceso voluntario y continuo de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que evidencian el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la atención en salud de salud y el mejoramiento continuo que propende por la excelencia.

<b>GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA</b>		
<b>INDICADOR No.1</b>	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	
<b>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>Variable 1:</b> Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	≥1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
<b>Variable 2:</b> Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		
<b>DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL</b>		
Red Salud Armenia ESE, ha venido trabajando de forma continua en la implementación de los estándares del sistema único de acreditación Resolución 5095 del 2018 y la Resolución 1328 del 2021, es así, como la Junta Directiva en el año 2020, siendo el órgano rector de la ESE, toma la decisión de trabajar en la mejora continua e inicia la conformación de los diferentes niveles de acreditación, lo que permite de una forma participativa y objetiva, al personal de la ESE, directivos y terceros a exigirse mejores resultados, obteniendo para la vigencia 2023 un resultado de autoevaluación de 1,8.		

ESTANDARES	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2016	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2017	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2018	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2019	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2020	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2021	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2022	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2023
Proceso de Atencion a cliente asistencial	1,6	1,6	1,80	1,9	1,3	1,3	1,5	1,6
Direccionamiento	1,39	1,7	1,71	1,8	1,2	1,3	1,4	1,7
Gerencia	1,41	1,46	1,55	1,6	1,3	1,2	1,2	1,4
Gerencia del Talento Humano	1,43	1,68	1,72	1,5	1,1	1,1	1,5	1,6
Gerencia del Ambiente Fisico	1,21	1,38	1,95	1,6	1,1	1,2	1,2	1,3
Gerencia de la Tecnologia	1,39	1,49	1,73	1,7	1,1	1,1	1,1	1,9
Gerencia de la Informacion	1,37	1,44	1,62	1,5	1,1	1,3	1,4	1,6
Mejoramiento de la Calidad	1,8	2,08	2,08	2,2	1,1	1,2	1,9	2,9
<b>TOTAL</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>

Actualmente la ESE cuenta con la conformación de 23 equipos primarios de mejoramiento, conformados por el personal asistencial y/o administrativo de la ESE, encargados de analizar el comportamiento de los indicadores del Modelo de atención e implementa correctivos a las desviaciones encontradas, así mismo, deben contar con un plan de mejoramiento específico para dar respuesta a los estándares que les aplican, responden por la implementación, despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios y reportan resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente, 8 equipos de autoevaluación, constituye el segundo nivel de mejoramiento institucional y lo conforman integrantes seleccionados de cada uno de los servicios y áreas. Son grupos que se relacionan con los estándares que se han definido según el Manual de Acreditación; Evaluación por procesos, hacen parte del segundo nivel del mejoramiento institucional y consiste en la evaluación que realiza el líder de cada uno de los equipos primarios de mejoramiento de una manera sistemática, programada con el subgerente científico o de planificación institucional, según corresponda; Comités institucionales, son equipos multidisciplinarios e interprocesos, con responsabilidad directa sobre la garantía de la calidad de la atención en salud, sus recomendaciones y directrices son el marco general sobre el cual se desarrollan la mayoría de las actividades asistenciales y administrativas que impactan en forma directa la prestación del servicio. Por último, se tiene el equipo de mejoramiento institucional con un líder específico y su conformación incluye los líderes de calidad de la institución, la alta gerencia y los líderes de los diferentes equipos de autoevaluación. Este equipo se enfoca en el mejoramiento continuo de la calidad integrando de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización la calidad en los procesos institucionales y propende por que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.



**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 1.8

\_\_\_\_\_ = Resultado 1.3

Denominador: 1.4

Aplicando la fórmula para determinar el incremento de la calificación de 2022 respecto al periodo 2023 se obtiene un incremento de 0.1, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 5.

META					
INDICADOR	LINEA BASE	2024	2025	2026	2027
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,8	2.2	2.7	3.1	3.6
LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar recurso humano que se requiere para la implementación y sostenimiento de los ejes de acreditación, así como los estándares aplicables a la organización.</li> <li>✓ El direccionamiento y líderes de procesos deberán participar activamente en la implementación del sistema único de acreditación.</li> <li>✓ Articular a la junta directiva en la implementación del proceso de planeación</li> <li>✓ Una vez se logre la calificación esperada, presentarse de forma voluntaria ante el ICONTEC</li> </ul>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Requerir el personal necesario para el área de mejora continua y otros procesos, cuando se evidencia brechas significativas por sobrecarga laboral.</li> <li>✓ Dar cumplimiento a la programación que se tiene de los diferentes programadas diseñados para la implementación de los ejes del sistema único de acreditación.</li> <li>✓ Continuar con la ejecución de los diferentes niveles de acreditación.</li> <li>✓ Realizar el proceso de autoevaluación de forma anual.</li> <li>✓ Una vez se cuenta con una calificación de autoevaluación de 3.5, solicitar la visita del ICONTEC</li> </ul>					

Fuente: Mejora Continua

**Indicador No.2**  
**Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de Calidad en la Atención en Salud**

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

Dicha efectividad claramente apunta a garantizar una atención en salud con seguridad y humanización, gestionando los riesgos identificados de la población objeto.

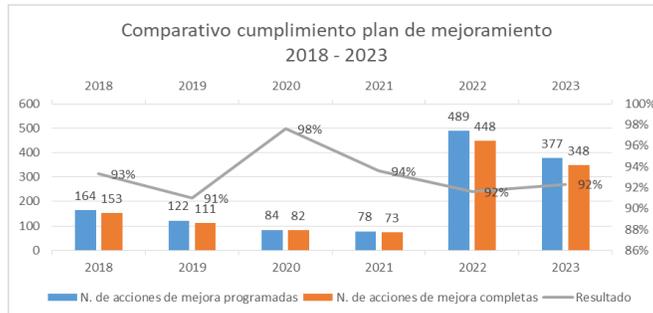
## GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA

<b>INDICADOR NO 2</b>	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	
<b>FORMULA</b>	<b>ESTANDAR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>Variable 1:</b> No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	≥0.9	Superintendencia Nacional de Salud
<b>Variable 2:</b> Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.		

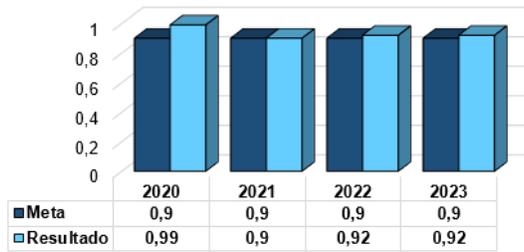
### DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL

Red Salud Armenia ESE ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoría con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares se encuentran a cargo de los líderes de equipo de autoevaluación, quien se reúnen de forma mensual en compañía del proceso de mejora continua, con el fin de presentar las avances obtenidos y las brechas que no permiten materializar el cumplimiento, esto con el fin de gestionar el cierre de brechas. Así mismo, se genera el espacio en el comité de mejoramiento institucional, para que cada líder de equipo socialice sus resultados, logros y dificultades.

Teniendo en cuenta lo anterior, y evidenciando el compromiso de la alta dirección y los líderes de los procesos y equipos de autoevaluación, se evidencia que a partir de la vigencia 2022, se presenta un trabajo fortalecido en la formulación de las acciones de mejoramiento.



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



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 348

\_\_\_\_\_ = Resultado 0.92

Denominador: 377

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas se obtuvo el 0,923, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 5

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Con base en la priorización de oportunidades de mejoramiento, formular las acciones de mejoramiento que permitan la implementación de los estándares del Sistema único de Acreditación.</li> <li>✓ Gestionar las brechas identificadas para el cumplimiento de las acciones de mejoramiento suscritas</li> <li>✓ Involucrar a la junta directiva en la implementación del sistema único de acreditación.</li> </ul>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar reuniones de seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito para la vigencia.</li> <li>✓ Los líderes de equipos de autoevaluación, gestionaran las brechas que se identifiquen a la alta dirección con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos.</li> <li>✓ Realizar seguimiento mensual al cumplimiento de las acciones de mejoramiento, socializar lo resultados en el comité de mejoramiento institucional.</li> </ul>					

Fuente: Mejora Continua

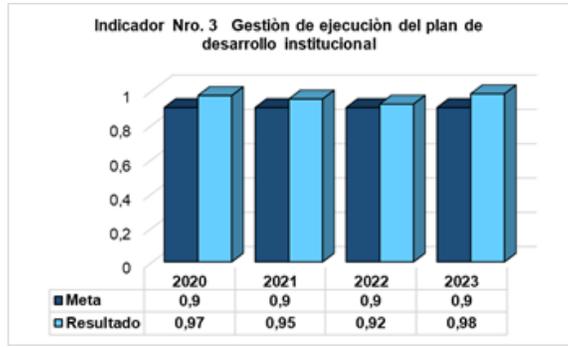
### Indicador No.3

#### Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

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

23

GESTIÓN DIRECCION Y GERENCIA		
INDICADOR NO 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	≥0,90	Informe del líder de planeación de la ESE. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de la evaluación. Indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas; y el cálculo del indicador.
<b>Variable 2:</b> No. metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		
DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL		
<p>Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de Red Salud Armenia ESE, se plantearon 7 líneas estratégicas, con sus planes operativos e indicadores, cada línea estratégica cuenta con un responsable que tiene entre otras funciones, velar por el cumplimiento de las metas realizando seguimiento periódico, estableciendo acciones de mejora y realizando los ajustes necesarios que orienten el desarrollo estratégico de la línea hacia el logro de la plataforma estratégica. Las líneas se integran y se complementan buscando mayor coherencia en la gestión de los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.</li><li>✓ Red Salud sostenible y eficiente.</li><li>✓ Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.</li><li>✓ Sistema de información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional.</li><li>✓ La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.</li><li>✓ Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.</li><li>✓ El capital humano, nuestra prioridad.</li></ul> <p>Para el cuatrienio el cumplimiento del plan de desarrollo presentó un cumplimiento de acuerdo a la meta esperada</p>		



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

Cálculo del Indicador:

Numerador: 51  
 \_\_\_\_\_ = Resultado 0,98

Denominador: 52

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento de los Planes Operativos Anuales se obtuvo el 0,98, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se da una calificación de 5

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0,98	0,90	0,90	0,90	0,90
LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumplir los lineamientos para el crecimiento y mejoramiento de la ESE y determinar los procesos que se llevarán a cabo para cumplir las metas propuestas en el Plan de Desarrollo.</li> <li>✓ Formular y aprobar el Plan Operativo Anual, para cada vigencia como herramienta para ejecución del Plan de Desarrollo.</li> <li>✓ Formular los planes operativos para cada una de las sedes.</li> <li>✓ Ejecutar las actividades propuestas según su programación.</li> <li>✓ Realizar seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades propuestas.</li> <li>✓ Tomar correctivos frente a las desviaciones presentadas.</li> </ul>					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboración del plan de desarrollo para la vigencia y aprobación del mismo por parte de la junta directiva.</li> <li>✓ Alineación de los Planes de Acción con el Plan de Desarrollo y demás planes institucionales exigidos por el Decreto 612 de 2018 (DAFP)</li> <li>✓ Monitoreo trimestral del POA y plan de acción.</li> </ul>					

- ✓ Socialización de los resultados en el Comité de Gerencia y Junta Directiva.
- ✓ Seguimiento al Cumplimiento del Plan de Desarrollo, identificación de metas no cumplidas y toma de decisiones.

Fuente: Planeación

## GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

25

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas.

Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

### Indicador No.4 Riesgo Fiscal y Financiero

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR NO 4	Riesgo Fiscal y Financiero	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para la ESE categorizados en riesgo medio o alto.
DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL		
<p>Para las vigencias de 2020,2021,2022 no se realiza categorización del Riesgo debido a la emergencia sanitaria por el Covid 19, según Resolución 856 de 2020 artículo 8 y estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.</p> <p>Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:</p>		

**NO APLICA:** Durante la vigencia evaluada la ESE no fue categorizada por el Ministerio de Salud en riesgo medio o alto y no se hizo necesario la adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos previstos en la normatividad vigente. Como el indicador cuatro (4) no es calificable, se tomará el ponderado de la calificación del indicador y se dividirá en siete (7) que son los indicadores del componente de gestión financiera y administrativa y ese valor se sumará a cada uno.

**Cálculo del Indicador:** No Aplica

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS					
✓ Propender por el equilibrio entre la producción en UVR y gasto de funcionamiento y de Operación comercial.					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR					
✓ Análisis periódico del comportamiento de la producción de los diferentes servicios acorde al modelo de atención. ✓ Análisis del comportamiento de los ingresos y Gastos de la ESE. ✓ Identificación de la desviación de los análisis y la implementación de los correctivos.					

Fuente: Coordinación Financiera

**Indicador No.5**  
**Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativa Producida**

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
INDICADOR NO 5	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
Variable 1: Gasto funcionamiento y operación comercial y Prestación de	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

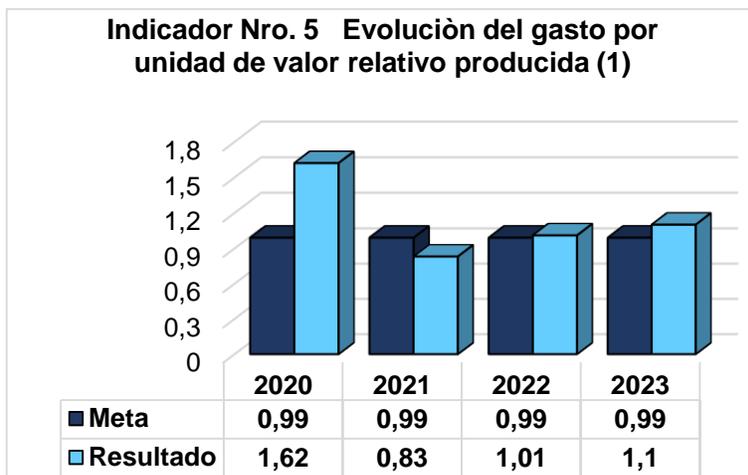
servicios comprometido en el año objeto de la evaluación		
<b>Variable 2:</b> No UVR producidas en el año evaluado		
<b>Variable 3:</b> Gasto funcionamiento y operación comercial y Prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes		
<b>Variable 4:</b> No UVR producidas en el año anterior		

**DIAGNÓSTICO / SITUACION ACTUAL**

Para las actividades de producción evaluadas por el ministerio se obtuvo el siguiente resultado:

En lo que tenemos que durante las vigencias en que duro la pandemia del Covid 19 la E.S.E, realizo gastos en mayor proporción debido a las contingencias tanto normativas como sociales que tuvo que afrontar.

	meta			
	2020	2021	2022	2023
Resultado	1,62	0,83	1,01	1,1



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 26.329,16

\_\_\_\_\_ = Resultado 1,10

Denominador: 23.859,3

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

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,10	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90
LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS					
✓ Propender por el equilibrio entre la producción en UVR y gasto de funcionamiento y de operación comercial.					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR					
✓ Análisis periódico del comportamiento de la producción de los diferentes servicios acorde al modelo de atención ✓ Fortalecimiento de la información financiera como herramienta fundamental para la toma de decisiones y seguimientos respecto de la producción de servicios de la ESE, con el fin de tomar acciones preventivas y correctivas enmarcadas en el costo beneficio Realizar auditorías de los proceso de facturación que permitan la detección temprana de fallas en el registro de las actividades. ✓realizar análisis comparativos del informe de productividad y calidad conforme al Decreto 2193 que permita verificar las variaciones e identificar las causas de las mismas.					

Fuente: Coordinación Financiera

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

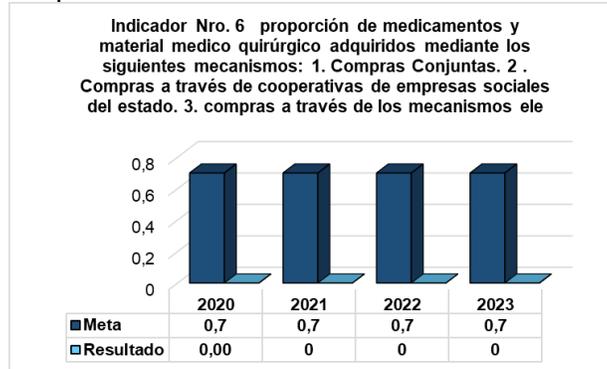
A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las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

## GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

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

### DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL

Para las vigencias 2020 a 2023 no se realizaron compras a través de los mecanismos establecidos para el cumplimiento del indicador.



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 0

\_\_\_\_\_ = Resultado 0

Denominador: 2.126.515.538

Este resultado muestra que para la vigencia 2023 no se realizaron compras a través de los mecanismos de la modalidad de compras conjuntas, a través de cooperativas o por mecanismos electrónicos. Lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 0.

**META**

INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) compras a través de Cooperativas de ESES, c) compras a través de mecanismos electrónicos.	0	≥0,70	≥0,70	≥0,70	≥0,70
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					
✓ Realizar alianzas, adquisiciones y compras con las Empresas Sociales del Estado, para medicamentos y material Médico Quirúrgico en busca de la eficiencia y transparencia en la contratación. Se llevaran a cabo reuniones con las Diferentes ESES en busca de poder celebrar convenios interadministrativos de cooperación para la compra conjunta de medicamentos y material médico quirúrgico.					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>					
✓ Reuniones con las diferentes ESE para celebrar convenios para la adquisición de medicamentos a través del mecanismo de compras conjuntas.					

Fuente: Gerente

**Indicador No.7**

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

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

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

<b>GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	
<b>INDICADOR NO 7</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.

FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación	Cero o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal
<b>Variable 2:</b> (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación) -( valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).		

**DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL**

El pago oportuno a los distintos colaboradores es una de las premisas de la gerencia, durante todas las vigencias evaluadas, conforme a los lineamientos normativos y de políticas internas de la E.S.E.

Meta	meta			
	2020	2021	2022	2023
	Cero	Cero	Cero	Cero
Resultado	CERO	CERO	CERO	CERO

Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 0

\_\_\_\_\_ = Resultado 0

Denominador: 0

Este resultado muestra que para la vigencia 2023 no se reportaron deudas por conceptos de salarios, lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027

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.	0	Cero o variación negativa			
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					
✓ Garantizar el pago oportuno por concepto de salarios de personal de Planta y por concepto de contratación de servicios durante la vigencia.					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>					
✓ Provisionar de forma oportuna y permanente el recurso necesario para el pago por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios. ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de la oportunidad de pago.					

Fuente: Subgerencia de Planificación Institucional

**Indicador No.8**  
**Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS)**

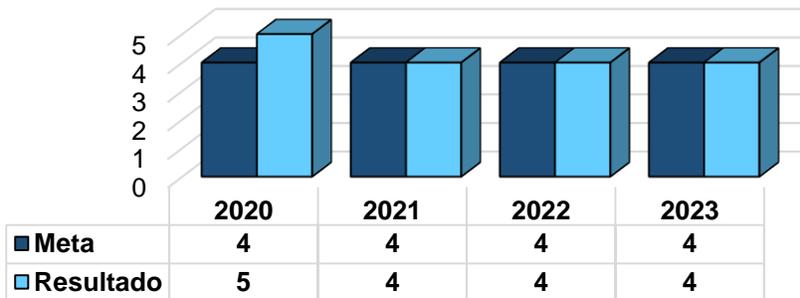
Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, los cuales constituyen un componente esencial de los datos de la factura de venta de servicios que presenta Red Salud Armenia ESE al pagador (EAPB) incluyendo: Todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten individualmente en forma ambulatoria, domiciliaria o intrahospitalaria, como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de éste. Normatizado por la Resolución 3374 del 2000.

## GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

<b>INDICADOR NO 8</b>	Utilización de información del registro individual de prestaciones RIPS	
<b>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>
Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población pitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la Junta Directiva que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe

### DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL

Al analizar exclusivamente la vigencia 2020 - 2023, se obtienen los siguientes resultados: Estos resultados muestran que para la vigencia 2020 se presentaron 5 informes de los 4 programados, y para el periodo restante 2021 - 2023 de los de los 4 programados, se presentaron 4 informes.



**Cálculo del Indicador:** 4

Este resultado muestra que para la vigencia 2023 se presentaron 4 informes de los 4 programados, lo cual aplicado en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.

### META

<b>INDICADOR</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
------------------	----------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Utilización de información del registro individual de prestaciones RIPS	4	4	4	4	4
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener actualizada la caracterización de la población que hace uso de los servicios de la ESE, durante la vigencia evaluada. Conocer y analizar el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios.</li> <li>✓ Evaluar la cobertura de servicios. Fundamentar protocolos y estándares de gestión clínica.</li> <li>✓ Desarrollar la programación de venta de servicios de salud. Formular políticas de salud</li> <li>✓ Programar anualmente cuatro reuniones de Junta Directiva con el fin de presentar los informes de RIPS con sus respectivos análisis</li> </ul>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisión, consolidación, de reportes de prestación de servicios.</li> <li>✓ Aplicación de Normatividad Vigente</li> <li>✓ Ajustes y Estandarización de los registros para el envío a las diferentes administradoras como soporte a la facturación.</li> <li>✓ Auditorias periódicas al Sistema de información de prestación de servicios.</li> <li>✓ Producción de Informes periódicos.</li> <li>✓ Entrega de información y actualización de datos a la Gerencia, áreas de Red Salud y diferentes actores del Sistema.</li> </ul>					

Fuente: DIR – Planeación

**Indicador No.9**  
**Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.**

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

<b>GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>INDICADOR NO 9</b>	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	
<b>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>Variable 1:</b> Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de cuentas por cobrar de vigencias anteriores)	≥1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

**Variable 2:** Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores).

**DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL**

En lo referente al Equilibrio Presupuestal de la E.S.E como se puede observar se a realizado un cumplimiento adecuado en cada una de las vigencias ya que los gastos están completamente cubiertos con el recaudo de la entidad.



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 41.002.774.686,44

= Resultado 1.07

Denominador: 38.415.844.283,20

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

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1,07	≥1	≥1	≥1	≥1
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener el Equilibrio presupuestal entre el recaudo y el Gasto, durante las vigencias objeto de esta evaluación.</li> <li>✓ Realizar el seguimiento a la ejecución presupuestal en cada vigencia.</li> </ul>
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fortalecer el Recaudo mediante las distintas auditorias de las facturas previas a la radicación.</li> <li>✓ Depuración de la cartera de la E.S.E a través de circularizaciones, actas de Conciliación y liquidación de contratos.</li> <li>✓ Realizar monitoreo de la racionalización del gasto y la definición de puntos de control para la toma oportuna de las acciones de mejora.</li> </ul>

Fuente: Coordinación Financiera

**Indicador No.10**  
**Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya**

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

<b>GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>				
<b>INDICADOR NO 10</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>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>		
Cumplimiento del reporte Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud		
<b>DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL</b>				
Se programó para las vigencias 2020 al 2023, enviar los informes oportunamente obteniendo los siguientes resultados:				
	meta			
Meta	2020	2021	2022	2023
	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Resultado	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados: <b>Cálculo del Indicador:</b> <b>Cumple</b>				

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

<b>META</b>					
<b>INDICADOR</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</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.	Cumple	cumplimiento dentro de los términos previstos			
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					
✓ Hacer el envío oportuno de cada uno de los informes objeto del indicador , conforme al cronograma planteado en cada vigencia.					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>					
✓ Elaboración de Cronograma de Informes que contenga fechas de cada período a reportar. ✓ Asignar responsables para gestionar de manera oportuna el cargue de los informes. ✓ Presentar al nivel directivo el resultado de la información reportada.					

Fuente: Contabilidad, Sistemas / Puntos de control: Oficina Asesora de Control Interno.

### **Indicador No.11**

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

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

**GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

<b>INDICADOR NO 11</b>		Oportunidad en el 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 lo sustituya																						
<b>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>																						
Cumplimiento del reporte Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social																						
<b>DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL</b>																								
A continuación, se puede observar lo programado conforme a lo establecido por los entes de control en cuanto al envío en cada una de las vigencias.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Meta</th> <th colspan="4">meta</th> </tr> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> <td>Cumple</td> </tr> <tr> <td>Resultado</td> <td>CUMPLE</td> <td>CUMPLE</td> <td>CUMPLE</td> <td>CUMPLE</td> </tr> </tbody> </table>						Meta	meta				2020	2021	2022	2023		Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Resultado	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Meta	meta																							
	2020	2021	2022	2023																				
	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple																				
Resultado	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE																				
Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:																								
Cálculo del Indicador:																								
<b>CUMPLE</b>																								
Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 5.																								
<b>META</b>																								
<b>INDICADOR</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>																			

<p>Oportunidad en el 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 lo sustituya</p>	<p>CUMPLE</p>	<p>cumplimiento dentro de los términos previstos</p>			
<p align="center"><b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b></p>					
<p>✓ Hacer el envío oportuno de cada uno de los informes objeto del indicador , conforme al cronograma planteado en cada vigencia.</p>					
<p align="center"><b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b></p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboración de Cronograma de Informes que contenga fechas de cada periodo a reportar.</li> <li>✓ Asignar responsables para gestionar de manera oportuna el cargue de los informes.</li> <li>✓ Presentar al nivel directivo el resultado de la información reportada.</li> <li>✓ Socializar en comité del 2193, los contenidos necesarios para el cumplimiento de requisitos conforme a la responsabilidad de cada una de las áreas encargadas del cargue de información.</li> </ul>					

Fuente: Coordinación Financiera

**GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

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

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

## Indicador No.21

### Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

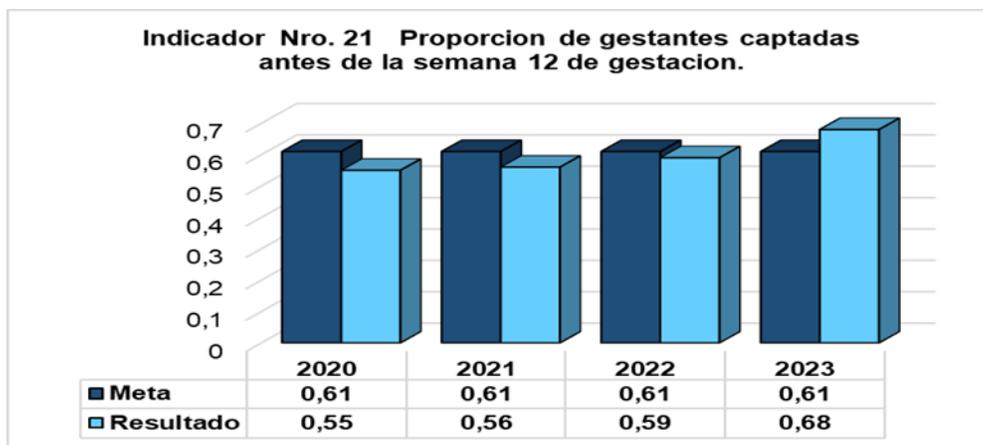
Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. La ESE, viene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

La Resolución 3280 de 2018 establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención Integral en Salud para la población materno perinatal, la cual incluye las actividades y acciones a realizar dentro del programa de control prenatal que establece la detección y captación temprana de las gestantes antes de la semana 10 de gestación; convirtiéndose en una herramienta de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional. Se espera que todas las instituciones de salud implementen esta ruta de atención integral en su totalidad a partir del mes de febrero del año 2019.<sup>1</sup>

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> N.º de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,85	Informe del Comité de Historias clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico
<b>Variable 2:</b> Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.		
DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL		

<sup>1</sup> República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 003280 del 02 de agosto de 2018. Página 263. Diario oficial número 50674

En los últimos años la ESE ha venido presentando un aumento en la captación temprana antes de la semana 12, a través de la planeación estratégica donde se adoptan las Rutas de Atención Integral en Salud, incluida la Materno Perinatal la cual se encuentra en la Resolución 3280 del 2018. La institución garantiza dicho proceso con la finalidad de dar cumplimiento a esta normatividad en el marco de sus competencias, el monitoreo de las intervenciones de la ruta, la evaluación de los resultados de la misma, la reducción de las inequidades en salud hacia las gestantes, y familias de estas, enfocándose así en el cumplimiento de estándares obligatorios que permitan el buen funcionamiento en pro del bienestar del paciente.



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:

**Cálculo del Indicador**

Numerador: **619**

**Resultado: 0.68**

Denominador: **908**

Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de la vigencia en la escala de la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 408 de 2018 se obtiene una calificación de 3.

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,68	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85

**LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS**

✓ Asesorar sobre opciones durante el embarazo. Antes de hacer la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal, debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

- ✓ Fortalecer la oferta de la consulta preconcepcional
- ✓ Aumentar las atenciones del parto en la E.S.E
- ✓ Aumentar la asistencia y adherencia de las gestantes al curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- ✓ Trabajar las estrategias IAMI - AIEPI, logrando una adherencia del 80% en los funcionarios

#### **ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

- ✓ Centralizar la toma de paraclínicos y pruebas de embarazo en el CAA del Sur y realizar el seguimiento a las Inasistentes dejando nota en historia Clínica.
  - ✓ Hacer seguimiento a Base de pruebas de embarazo, incluir las reportadas por la EAPB y pruebas particulares que se identifican para realizar la captación de las usuarias.
  - ✓ Reportar las pruebas de embarazo del régimen contributivo.
  - ✓ Articular con el área de comunicaciones el diseño de pieza publicitaria que permitan realizar dar información sobre la atención materna en la E.S.E
  - ✓ Notificación de los funcionarios de la solicitud de pruebas de embarazo solicitadas.
  - ✓ Difusión de piezas publicitarias en las Redes Sociales de la E.S.E
  - ✓ Responder la línea exclusiva del programa de gestantes y dar respuesta a lo solicitado por las usuarias
  - ✓ Tener la oportunidad de ingreso a control prenatal a 1 día
- Apoyo en la solicitud de portabilidades a usuarias con EAPB que no operan en el Municipio
- ✓ Trabajar en conjunto con las EAPB para el seguimiento con gestores de usuarias sin ingreso a control prenatal.

Fuente: Líder Programa Prenatal - DTA / Subgerencia Científica

#### **Indicador No.22**

#### **Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.**

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) que constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, afectando la calidad de vida y los indicadores de morbilidad y mortalidad en el territorio nacional. La sífilis como ITS influye directamente en la salud infantil y reproductiva; facilita la transmisión por vía sexual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de otras Infecciones de Transmisión Sexual; si la sífilis no se trata durante el embarazo puede conducir a una prematuridad, peso bajo al nacer, mortinatalidad, muerte poco después del nacimiento u otras secuelas en el recién nacido, incluidas las manifestaciones inflamatorias que afectan a los ojos, oídos y articulaciones, así como

malformaciones esqueléticas debidas al daño durante el desarrollo en las etapas tempranas de la sífilis <sup>2</sup>

A partir del año 2010, los Estados Miembros de la OPS, asumieron compromisos y establecieron una meta de 0,5 casos o menos de sífilis congénita por 1 000 nacidos vivos (incluidos mortinatos), para cumplimiento en el año 2015 frente a la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el virus del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

Actualmente estos compromisos se renovaron y se plantean en la estrategia ETMI PLUS, 2019 – 2030 (3), estrategia que viene en implementación en nuestra entidad de manera paulatina.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL																	
INDICADOR NO 22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.																
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE															
Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	0 CASOS	Cuando no existan casos de Sífilis Congénita: concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos. Cuando existan casos de Sífilis Congénita: concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado.															
DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL																	
<p align="center"><b>Indicador Nro. 22 Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>■ Meta</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>■ Resultado</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>				2020	2021	2022	2023	■ Meta	0	0	0	0	■ Resultado	3	0	6	5
	2020	2021	2022	2023													
■ Meta	0	0	0	0													
■ Resultado	3	0	6	5													
Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados:																	

<sup>2</sup> Protocolo de vigilancia de Sífilis Gestacional y Congénita. INS. Versión 6, marzo 18 de 2022

Para el año 2023, nuestra entidad realizó atención de 2 (dos) partos en los servicios hospitalarios de la Unidad Intermedia del sur, se tratan de usuarias afiliadas a Nueva EPS y a Salud Total EPS. La usuaria afiliada a Nueva EPS capitada para atención en otra IPS del departamento, en donde realizó todas las atenciones prenatales; pero que al momento de la atención del parto decide ser atendida en nuestra ESE; usuaria con residencia comprobada a través de Investigación Epidemiológica de Campo IEC en el municipio de Armenia por más de seis meses. el segundo caso se trata de usuaria afiliada a salud total EPS, habitante de calle sin controles prenatales que llega en expulsivo a la entidad para atención del parto. Sumado a lo anterior se recibe por parte de la secretaria de salud departamental la certificación de casos de sífilis congénita con análisis departamental, donde se describen 5 casos de usuarias capitadas para atención en nuestra empresa, con partos atendidos en otras instituciones y que configuran casos de sífilis congénita en sus diferentes definiciones.

**Cálculo del Indicador:**

Numerador: número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el período.  
 Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período (nacidos vivos más mortinatos).

**5 CASOS**

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

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	5 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					

- ✓Fortalecimiento de las habilidades del personal de salud frente a protocolos del Instituto nacional de Salud y la Guía de práctica clínica del evento.
- ✓ Implementación paulatina de la estrategia ETMI Plus, priorizando el seguimiento a casos de sífilis gestacional y congénita.
- ✓ Aplicación de los protocolos del INS frente al manejo, abordaje y seguimiento del caso, con acciones de procesos de auditoria de medición de adherencia.
- ✓Estrategia de educación en salud direccionada a la gestante con identificación de sífilis gestacional.
- ✓Garantía de la primera dosis de PNB x 2.400.000 UI en servicio de sala de partos, el mismo día de la atención médica, con referencia de usuaria y traslado a la Unidad Intermedia del Sur.
- ✓Ordenamiento y administración de tratamiento a pareja sexual.
- ✓ Implementación de cohorte de seguimiento institucional a casos de sífilis en población general.
- ✓ Implementación de estrategias institucionales que permitan mejorar el proceso de identificación, abordaje, tratamiento y seguimiento de casos de sífilis en población general, gestacional y congénita.

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

- ✓Implementación institucional de la Resolución 1314 del 2020.
- ✓Implementación total de la estrategia ETMI PLUS institucional.
- ✓Fortalecimiento de habilidades del personal en la identificación, abordaje y manejo de casos de sífilis en población general, gestacional y congénita.

Fuente: Epidemiología

**Indicador No.23**

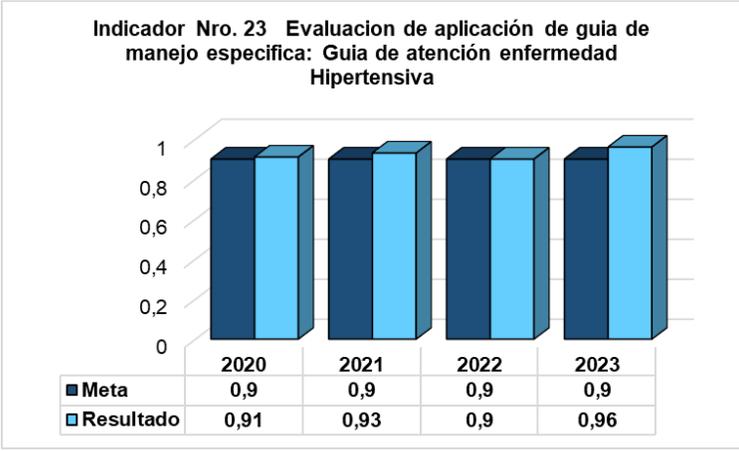
**Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva**

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

Es de vital importancia, que se le dé especial y prioritaria vigilancia a la adecuada aplicación de la Guía de atención de esta enfermedad, a fin de poder realizar adecuado diagnóstico y pertinente plan de tratamiento a estos pacientes,

manejándolos bajo un enfoque integral que involucre trabajo interdisciplinario con enfoque de Ruta de grupo de RCV.

<b>GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL</b>		
<b>INDICADOR NO 23</b>	Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	
<b>FÓRMULA</b>	<b>ESTÁNDAR</b>	<b>FUENTE</b>
<b>Variable 1:</b> Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
<b>Variable 2:</b> Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		
<b>DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL</b>		
<p>Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados: Un cumplimiento del 95% correspondiente al promedio del resultado de los cuatro trimestres, donde se obtuvieron: I trimestre (93%), II trimestre: 95%; III trimestre: 96% y IV trimestre: 96%.</p> <p>En la evaluación de los componentes de auditoría de los 68 ítems evaluados por historia clínica auditada, se obtuvieron los siguientes resultados: En anamnesis, con 10 ítems evaluados, 96% de adherencia; en signos vitales, con 5 ítems evaluados, 100%; en examen físico, con 9 ítems evaluados, 83% de adherencia; en Paraclínicos, con 11 ítems evaluados, con 97% de adherencia; en Diagnóstico, con 3 ítems evaluados, 100% de adherencia; en Plan, con 10 ítems evaluados, 98.5% de adherencia; en Gestión, con 13 ítems evaluados, con 90% de adherencia y en Recomendaciones, con 7 ítems, 100% de adherencia, para un total promedio de todos los componentes del 96% de adherencia.</p>		



**Cálculo del Indicador:**

Numerador: 127  
 \_\_\_\_\_ = Resultado 0,96  
 Denominador: 132

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

<b>META</b>					
<b>INDICADOR</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
Evaluación de Aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0,96	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					

- ✓ Sostener en el tiempo los buenos resultados de adherencia que se han ido logrando con la auditoría de mejoramiento a la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial. Incluir nuevas recomendaciones a evaluar en la Guía, según contenido del documento Guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Hipertensión Arterial, con el fin de ampliar la gama de ítems de evaluación de las recomendaciones fuertes en favor de la evidencia científica.
- ✓ Continuar realizando la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la cual incluye la realización de auditoría de historias clínicas por trimestre y por centro de salud, con segregación de resultados por centro de salud, por médicos y el levantamiento y socialización a los médicos generales que han aplicado la guía sobre recomendaciones según hallazgos de auditoría, con el fin de cerrar el círculo de calidad.
- ✓ Socializar los resultados de adherencia en el comité de historias clínicas para los ajustes que se consideren pertinentes.

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

- ✓ Auditoría de Historias Clínicas de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión sobre una muestra del 92% de confiabilidad y 8% de margen de error para distribuir la muestra en cada centro de salud.
- ✓ Evaluación individual por profesional de la adherencia a las ítems de evaluación definidos.
- ✓ Incluir nuevas recomendaciones de evaluación, extractada de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Socialización de resultados al Comité de Historias Clínica de manera trimestral.
- ✓ Socialización a cada uno de los médicos evaluados del resultado de la auditoría con las recomendaciones para el mejoramiento.
- ✓ Generar un Informe de la auditoría Trimestral, donde se especifique el instrumento utilizado, los ítems evaluados, la trazabilidad de los resultados frente a auditorías previas, consolidados por profesional y por cada uno de los centros de salud, gráficas y recomendaciones generales de la auditoría.
- ✓ Continuar realizando la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la cual incluye la realización de auditoría de historias clínicas por trimestre y por centro de salud, con segregación de resultados por centro de salud, por médicos y el levantamiento y socialización a los médicos generales que han aplicado la guía sobre recomendaciones según hallazgos de auditoría, con el fin de cerrar el círculo de calidad.
- ✓ Socializar los resultados de adherencia en el comité de historias clínicas para los ajustes que se consideren pertinentes.

Fuente: Auditor medico /Subgerencia Científica

## Indicador No.24

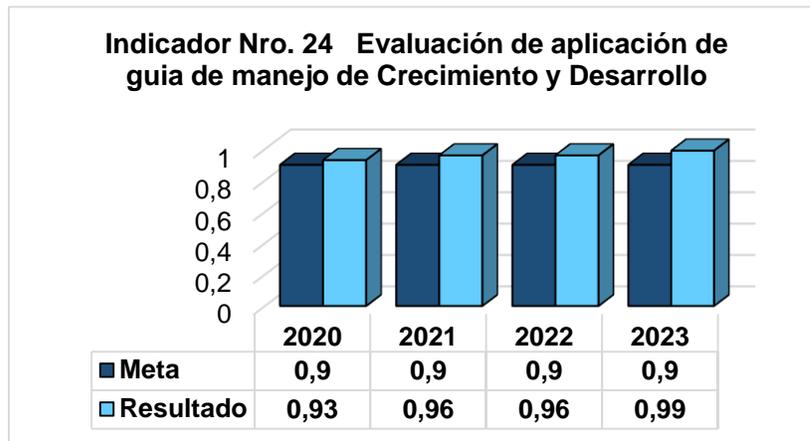
### Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo

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

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

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 24	Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> Numero de historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,80	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
<b>Variable 2:</b> Numero de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación		

## DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL



Al analizar exclusivamente la vigencia 2023, se obtienen los siguientes resultados: Un cumplimiento del 97.8% correspondiente al promedio del resultado de los cuatro trimestres, donde se obtuvieron: I trimestre (99%), II trimestre: 99%; III trimestre: 98.5% y IV trimestre: 95%. En la evaluación de los componentes de auditoría de los ítems evaluados por historia clínica auditada, se obtuvieron los siguientes resultados: En RIPS, con 97.8% de adherencia; en antecedentes, con 100%; en examen físico, con 98.5% de adherencia; en examen físico, con 97.8% de adherencia; en Plan, con 98.3% de adherencia; en Gestión con 100% de adherencia; para un total promedio de todos los componentes del 97.87 de adherencia. La auditoría se llevó a cabo segregando los componentes de Primera Infancia e Infancia, según las rutas de vida planteadas en la Resolución 3290 de 2029, para lo cual se realizaron auditorías independientes, las cuales fueron sumatorias y promediadas para conformar un sólo componente de crecimiento y desarrollo.

Cálculo del indicador

Numerador: 253  
 = Resultado 0.99  
 Denominador: 256

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

<b>META</b>					
<b>INDICADOR</b>	<b>LINEA DE BASE</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
Evaluación de Aplicación de guías de manejo de Crecimiento y desarrollo	0,99	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80

### **LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS**

- ✓ Sostener en el tiempo los buenos resultados de adherencia que se han ido logrando con la auditoría de mejoramiento al manejo de la Guía de Crecimiento y Desarrollo. Continuar aplicando los ítems de evaluación seleccionados que evalúan de manera integral todos los componentes de la historia clínica.
- ✓ Continuar realizando la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la cual incluye la realización de auditoría de historias clínicas por trimestre y por centro de salud, con segregación de resultados por centro de salud, por profesional y el levantamiento y socialización a los auditados que han aplicado la guía sobre recomendaciones según hallazgos de auditoría, con el fin de cerrar el círculo de calidad.
- ✓ Socializar los resultados de adherencia en el comité de historias clínicas para los ajustes que se consideren pertinentes.

51

### **ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

- ✓ Auditoría de Historias Clínicas de la Guía de Crecimiento y Desarrollo sobre una muestra del 92% de confiabilidad y 8% de margen de error para distribuir la muestra en cada centro de salud.
- ✓ Evaluación individual por profesional de la adherencia a los ítems de evaluación definidos.
- ✓ Socialización de resultados al Comité de Historias Clínica de manera trimestral.
- ✓ Socialización a cada uno de los médicos evaluados del resultado de la auditoría con las recomendaciones para el mejoramiento.
- ✓ Generar un Informe de la auditoría Trimestral, donde se especifique el instrumento utilizado, los ítems evaluados, la trazabilidad de los resultados frente a auditorías previas, consolidados por profesional y por cada uno de los centros de salud, gráficas y recomendaciones generales de la auditoría.
- ✓ Continuar realizando la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la cual incluye la realización de auditoría de historias clínicas por trimestre y por centro de salud, con segregación de resultados por centro de salud, por profesional y el levantamiento y socialización a los auditados que han aplicado la guía sobre recomendaciones según hallazgos de auditoría, con el fin de cerrar el círculo de calidad.
- ✓ Socializar los resultados de adherencia en el comité de historias clínicas para los ajustes que se consideren pertinentes.

Fuente: Auditor médico y Subgerencia científica

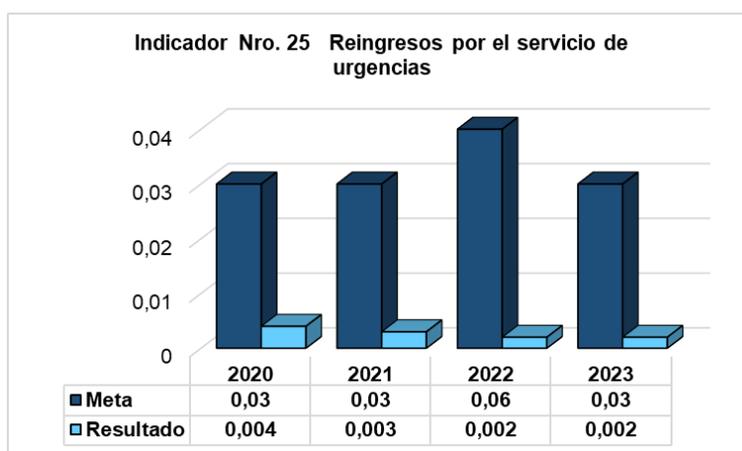
### Indicador No.25

#### Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

Este indicador contempla los reingresos o readmisiones de pacientes al servicio de Urgencias en un término de 72 horas después del egreso o salida por la misma causa. Este indicador dará cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica, científica y efectividad del diagnóstico y tratamientos aplicados en la atención del paciente, así como la capacidad resolutive de la institución y el proceso de brindar información frente a los diagnósticos y autocuidado del paciente.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas por la misma causa.	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</b> Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas por la misma causa de egreso en la vigencia objeto de evaluación	≤0.03	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>Variable 2:</b> Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación		

#### DIAGNÓSTICO / SITUACIÓN ACTUAL



Al analizar el resultado del indicador obtenido en la vigencia 2023, se observa que la proporción de reingresos de la ESE para la vigencia fue de 0.002, lo cual indica que se

encuentra por debajo del estándar planteado, arrojando resultados positivos. Esto evidencia la alta calidad en la atención del personal del servicio de urgencias.

Cálculo del indicador:

Numerador: 55  
= Resultado 0.002

Denominador: 22.084

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

**META**

INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0.002	≤0.03	≤0.03	≤0.03	≤0.03

**LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS**

✓ Se logra mantener un bajo promedio en los reingresos de los pacientes al servicio de Urgencias, esto obedece a las estrategias , Auditoría y seguimiento implementados por la IPS Red Salud.

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

- ✓ Inducción y reinducción al personal Médico del servicio de Urgencias sobre la Guía de Práctica Clínica adoptadas por la Institución.
- ✓ Auditoria Constante sobre los casos que se reportan como reingresos al servicio de Urgencias.
- ✓ Fomentar en el personal asistencial la educación a los usuarios acerca de la importancia del uso adecuado de su tratamiento prescrito.
- ✓ Efectividad en el proceso de triage.
- ✓ Realización oportuna de paraclínicos y entrega de medicamentos
- ✓ Mantener la Proporción de reingresos de urgencias en menos de 72 horas por debajo del estándar esperado.

Fuente: DTH, Coordinación de Servicios Hospitalarios, Mejora Continua

### Indicador No.26

#### Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

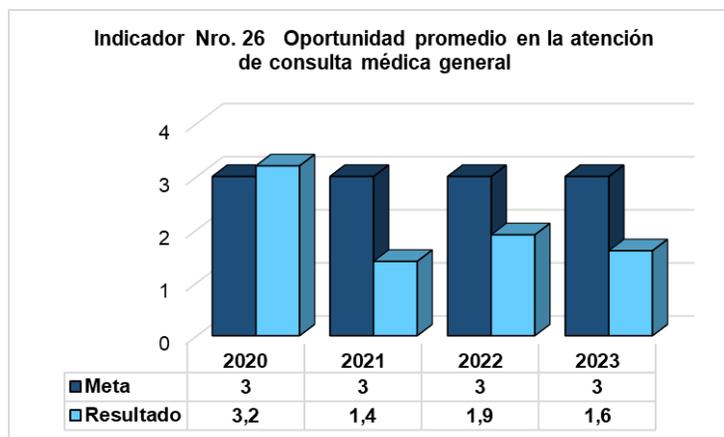
Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL		
INDICADOR NO 26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	
FÓRMULA	ESTÁNDAR	FUENTE
<b>Variable 1:</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	≤3	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
<b>Variable 2:</b> Número total de citas de medicina general asignadas en la institución		

#### DIAGNÓSTICO / SITUACION ACTUAL

Con el fin de dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad a través de la medición del atributo de oportunidad, la cual implica que se cuente con una planeación de servicios con el fin de garantizar un equilibrio entre la demanda y la oferta.

Es así, como Red Salud Armenia ESE realiza seguimiento permanente a este indicador, obteniendo para los últimos años, el siguiente resultado:



En conclusión, el resultado de la oportunidad para la vigencia 2023 fue de 1.6 días.

META					
INDICADOR	LINEA DE BASE	2024	2025	2026	2027
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	1.6	≤3	≤3	≤3	≤3
<b>LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El principal logro está en garantizar la oportunidad por debajo de las exigencias de la norma, contribuyendo a la satisfacción del usuario y a mejorar los atributos de calidad en la prestación del servicio.</li> <li>✓ Para lograr estos resultados se ha establecido la estrategia del médico día en cada una de las sedes. Seguimiento diario de agendas para garantizar lleno completo y mejora en la sustitución de usuarios Inasistentes.</li> </ul>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor asignación de talento humano en procura de mejorar el aprovechamiento de la capacidad instalada.</li> <li>✓ Mayor tiempo para atención presencial a usuarios que solicitan cita médica con el fin de mejorar la sustitución y con ello la oportunidad.</li> <li>✓ Seguimiento diario a las agendas verificando que no haya espacios en blanco y en caso de hallarse asignar citas de inmediato en esos espacios.</li> <li>✓ Seguimiento permanente al indicador de oportunidad n cada sede con el fin de realizar los ajustes necesarios y de manera oportuna.</li> </ul>					

Fuente: Mejora Continua – Dirección Técnica Ambulatoria

## 8. EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

### **Elaboración y presentación del informe de anual:**

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

56

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

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

### **Calificación del informe anual:**

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

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

### **Criterios de Evaluación:**

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

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

<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	0: si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada en riesgo MEDIO o ALTO y no fue adoptado el programa de saneamientos fiscal y financiero 5: si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada en riesgo medio y alto adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero
	5	Evolución del gasto por UVR	0: Valor mayor a 1,10 1: Entre 1.0 y 1.10 3: Entre 0,90 y 0,99 5: Menor a 0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. compras a través de cooperativas de ESE c. compras a través de mecanismos electrónicos	0: Valor menor a 0,30 1: Entre 0,31 y 0,50 3: Entre 0,51 y 0,69 5: Mayor o igual a 0,70
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios	0: Registra deuda y variación interanual positiva 1: registra deuda y variación interanual es "0" 3: registra deuda y variación interanual es negativa 5: registra deuda "0"
	8	Utilización de información de RIPS	0: 1 informes a Junta Directiva 1: 2 informes a Junta Directiva 3: 3 informes a Junta Directiva 5: 4 informes a Junta Directiva
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	0: menor a 0,80 1: entre 0,80-0,90 3: entre 0,91 y 0,99 5: Mayor o igual a 1
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de Información en cumplimiento de la Circular Única	0: No presentación oportuna 5: presentación oportuna
	11		0: No presentación oportuna

	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5: presentación oportuna
--	---	--------------------------

<b>GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%</b>	21	Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0: Menor a 0,35 1: Entre 0,35 y 0,60 3: Entre 0,61 y 0,84 5: Mayor o igual a 0,85
	22	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0: 1 o más casos de sífilis congénita 5: cero casos de sífilis congénita
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	0: Menor a 0.50 1: Entre 0.50 y 0.70 3: Entre 0.71 y 0.89 5: Mayor o igual a 0.90
	24	Evaluación de Aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0: Menor a 0.30 1: Entre 0.30 y 0.55 3: Entre 0.56 y 0.79 5: Mayor o igual a 0.80
	25	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0: Mayor a 0,10 1: Entre 0,06 y 0,09 3: Entre 0,031 y 0,059 5: Menor o igual a 0,03
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	0: Mayor o igual a 6 días 1: Igual a 5 días 3: Igual a 4 días 5: Menor o igual a 3 días

### **Interpretación de Resultados**

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

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

**Notificación de Resultados**

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

**Recursos contra la decisión de la Junta Directiva**

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

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



**JOSE ANTONIO CORREA LÓPEZ**  
Gerente  
**RED SALUD ARMENIA ESE**

## Control de cambios

Versión	Fecha de actualización	Razón de la actualización	Responsable de la actualización	Verifico/Aprobó
1	Junio 04 de 2024	Documento inicial	Planeación	Junta directiva acuerdo No. 07 de junio 04 de 2024