



Red Salud Armenia E.S.E.

PA' CUIDAR DE TODOS

**INFORME DE GESTIÓN RED SALUD ARMENIA ESE
2023**

JOSÉ ANTONIO CORREA LÓPEZ
Gerente

2

MARÍA ALEJANDRA SALGADO ANDRADE
Subgerente Científica

LINA MARIA GIL TOVAR
Subgerente de Planificación Institucional

FREDY WILSON BARRERA FRANCO
Director Técnico Hospitalario

ROSA AMPARO RAMÍREZ ARISTIZABAL
Directora Técnica Ambulatoria

GLORIA VIVIANA VALENCIA ECHEVERRI
Profesional Área de Planeación

Demás Coordinadores y Profesionales

Armenia, enero de 2024

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
RESEÑA HISTÓRICA	5
PLATAFORMA ESTRATÉGICA	6
MISION	6
VISIÓN	7
PRINCIPIOS	7
VALORES	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
POLÍTICA DE CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	8
PROPUESTA DE VALOR	8
ORGANIGRAMA	9
DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	10
Derechos	10
Deberes	10
SUBGERENCIA CIENTÍFICA	11
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	11
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.	11
SERVICIOS HOSPITALARIOS	21
LABORATORIO CLÍNICO	34
SERVICIO FARMACÉUTICO	43
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	47
USUARIOS ATENDIDOS 2023	47
GESTIÓN DEL ÁREA AMBULATORIA	47
ODONTOLOGÍA	54
PROCESO PROMOCION Y PREVENCION – RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RIA PMS) 2023	61
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI	69
PROGRAMAS INSTITUCIONALES	76
Programa de Gestación y Parto con Amor	76
Programa de Atención Domiciliaria PADO:	79
Programa Riesgo Cardiovascular:	84
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)	88
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	99

ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)	102
TRABAJO SOCIAL	106
SUBGERENCIA DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	108
PROCESO FINANCIERO	109
PRESUPUESTO	109
2.-Facturación	113
3.-CARTERA	119
4.-CONTABILIDAD	121
ESTADOS FINANCIEROS	121
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	123
GESTIÓN AMBIENTAL	127
BIENES Y SERVICIOS	132
TALENTO HUMANO	141
CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO	148
PROCESOS DISCIPLINARIOS	150
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	151
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	154
CONTROL INTERNO	165
CUMPLIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO	173
MEJORA CONTINUA	178
b. Eje: Atención humanizada	195
c. Eje de Gestión del riesgo	198
d. Eje gestión de la tecnología	199
e. Eje de responsabilidad social	200
f. Eje de transformación cultural	203
MERCADEO	208
COMUNICACIONES	209
OFICINA ASESORA JURÍDICA	212

INTRODUCCIÓN

Red Salud Armenia ESE, es una empresa de baja complejidad que tiene como Misión “Prestar servicios de salud humanizados como prestador primario, aportando al desarrollo de la región a través de las prácticas formativas y las buenas prácticas clínicas de investigación en salud”.

Mediante el presente informe se expone la gestión Institucional realizada en los diferentes procesos con sus respectivos avances.

Para establecer el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos propuestos se tuvo en cuenta la evaluación y resultado de los indicadores presentados por los líderes de cada área o servicios, como también el cumplimiento de los diferentes planes de mejora derivados tanto de auditorías internas como externas, entre otros. Este análisis comparativo logra establecer la trazabilidad de la información, indicadores y resultados de la gestión, que permite vislumbrar el comportamiento de las variables, su alcance o desviación y formular alternativas que permitan el mejoramiento continuo y optimización de los recursos.

RESEÑA HISTÓRICA

Red Salud Armenia ESE con una amplia trayectoria basada en el servicio a la población del municipio de Armenia, creada mediante el 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 realizó comodato con el Instituto de Medicina Legal, en el Centro de Salud Fundadores se realizan actividades administrativas, 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.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISION

Prestar servicios de salud humanizados como prestador primario, aportando al desarrollo de la región a través de las prácticas formativas y las buenas prácticas clínicas de investigación en salud.

VISIÓN

En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua.

PRINCIPIOS

7

- ✓ Mejoramiento continuo.
- ✓ Universalidad.
- ✓ Confidencialidad.
- ✓ Comunicación.
- ✓ Orientación al objetivo.
- ✓ Flexibilidad.

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.
- ✓ **Empatía:** me pongo en el lugar del otro, en su situación emocional, en sus circunstancias; de comprender las causas que explican sus actitudes y comportamientos.
- ✓ **Fraternidad:** manifiesto comprensión ante el otro, acojo y acompaño, acepto al otro y lo integro.

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

8

- ✓ 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 práctica formativa con altos estándares de calidad.
- ✓ Propender por la sostenibilidad de la certificación de buenas prácticas clínicas de investigación en salud.

POLÍTICA DE CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Prestar servicios humanizados de salud, con oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia, logrando la satisfacción de clientes internos y externos, promoviendo el mejoramiento continuo y la responsabilidad social.

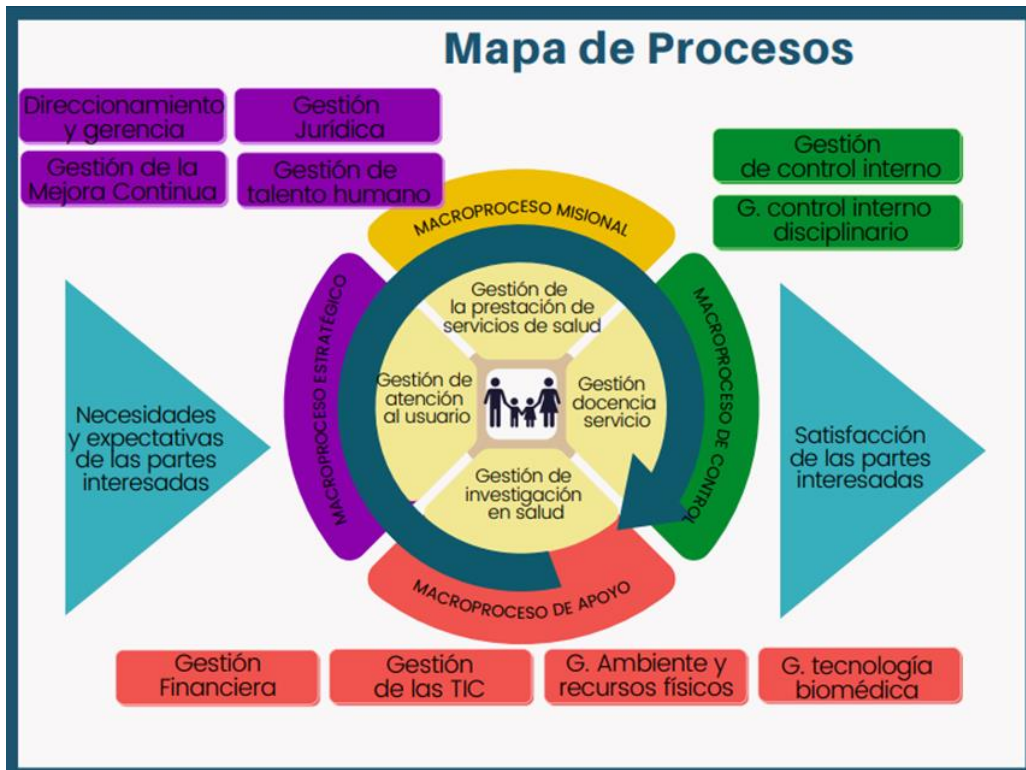
PROPUESTA DE VALOR

Salud a su alcance, con calidad y humanización

ORGANIGRAMA



MAPA DE PROCESOS



DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Derechos

DERECHOS DE LOS USUARIOS

Derecho a recibir:

- Comunicación e información
- Trato digno
- Atención segura y de calidad
- Segunda opinión
- Servicios de salud en condiciones de higiene y seguridad
- Visitas /asistencia espiritual

Derecho a ser priorizado si:

- Estado de salud lo amerita/ TRIAGE
- Menor de 18 años o mayor de 60,
- embarazo, movilidad reducida
- Compromiso de salud mental
- Señalización y facilitadores de lengua ordinaria

Derecho a ser informado sobre:

- Costos
- Como presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Confidencialidad

Derecho a participar en:

- Investigaciones
- Toma de decisiones de la institución

Deberes

DEBERES DE LOS USUARIOS

Deber a cumplir:

- Normas
- Recomendaciones médicas

Deber a cuidar:

- Su salud / familia
- Instalaciones y equipos

Deber a informarse sobre:

- Horarios de atención
- Forma de pago
- Donde presentar P.Q.R.S

Deber a brindar:

- Respeto
- Información completa

SUBGERENCIA CIENTÍFICA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La vigencia 2023 para el proceso de Epidemiología se caracterizó por ajustes significativos en sus actividades, ya que posterior a la culminación de la pandemia debido a la infección por SARS CoV-2, el proceso se ha tornado de gran importancia en las actividades de nuestra empresa, llevando a consolidar a nivel institucional personal técnico, idóneo y comprometido diariamente en el manejo de la vigilancia en salud pública, siempre enmarcados en los lineamientos nacionales emitidos por el Instituto Nacional de Salud INS lo cual incluye enfermedades emergentes como la viruela símica y el manejo de brotes epidémicos como el de Dengue el cual tiene lugar actualmente y fue protagonista en el año 2023.

11

El proceso de Epidemiología es una área que trabaja de manera silenciosa, pero es fundamental para el desarrollo institucional y lo ha demostrado con el manejo de situaciones de gran importancia como lo fue la pandemia por infección por SARS CoV-2, la alerta de viruela símica, el brote epidémico de Dengue en el año 2023, entre otros; este proceso institucional encabezó la maratónica actividad de manejo de pandemia en la ESE y ha liderado la vigilancia de los más de 100 eventos que pueden afectar la salud pública de los armenios.

En este informe se describen las actividades adelantadas desde este proceso, que permitieron dar cumplimiento a los requerimientos nacionales, departamentales y municipales en un año atípico de contingencia por pandemia y demás acciones en el marco de la vigilancia en salud pública, resaltando que la ESE se ha caracterizado por tener excelentes indicadores frente al manejo de protocolos relacionados con la vigilancia en salud.

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.

Vigilancia en Salud Pública.

Lo planeado 2023:

- Notificar la ocurrencia del 100 % de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos y suministrar la información complementaria que sea requerida por los diferentes entes de salud, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

- Oportunidad del 100% en la notificación rutinaria semanal, enviada a la Secretaria de Salud Municipal, dando cumplimiento a los indicadores nacionales emitidos por el Instituto Nacional de Salud.
 - Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos, asegurando las acciones e intervenciones individuales y familiares del caso.
 - Procesos de capacitación y socialización continua al cliente interno y externo de la entidad.
 - Realización de doce (12) Comités Institucional de Vigilancia epidemiológica COVE.
 - Cumplimiento de metas de Sintomáticos Respiratorios programadas a través de la resolución 227 del 2020.
-
- Gestión del programa de Tuberculosis y Lepra institucional
 - Proceso de auditoría a las atenciones de Enfermedades de Eventos de interés en salud Pública, permitiendo la retroalimentación continua de debilidades a nuestros profesionales, como plan de mejora continuo.
 - Tablero de problemas consolidado y socializado tras la realización de Unidades de Análisis, con el fin de tomar decisiones encaminados a mejorar los procesos de atención institucionales.
 - Asistencia al 100% de las Unidades de Análisis convocadas por los diferentes entes de salud del departamento.
 - Participación activa del comité municipal consultivo interinstitucional para el abordaje integral de la violencia de género y violencia de niños, niñas y adolescentes.
 - Acompañamiento institucional en actividades relacionadas con la contingencia de pandemia, enfermedades emergentes y brotes epidémicos.
 - Crear el plan de contingencia institucional de abordaje de brotes epidemiológicos, con el fin de fortalecer habilidades preventivas en el personal en caso.
 - Realización de Búsqueda activa institucional de manera mensual.
 - Fortalecimiento permanente de habilidades en salud del personal de la empresa.

Logros 2023:

El proceso de epidemiología dio cumplimiento a las acciones propuestas, se resalta además el cumplimiento óptimo a los requerimientos asociados al bote epidémico de Dengue y además de ello a las demás acciones de vigilancia de otros eventos, entre las que se mencionan:

- Verificación semanal de estadísticas vitales, lo que ha permitido identificar Eventos de Interés sin notificar al Sistema de Vigilancia.
- Búsqueda Activa institucional semanal para el evento INS 210 Dengue.
- Liderar mesas de trabajo institucionales en las que se implementaron acciones

paramitigar el brote de Dengue, además de la representación de la entidad en mesas de trabajo departamentales

- Elaboración de herramientas visuales de divulgación masiva, con temas de Interés en Salud Pública, las cuales fueron colgadas en las redes y páginas institucionales, en trabajo articulado con el área de comunicaciones, realización de infografía de eventos de interés en salud pública y de boletines de vigilancia epidemiológica.
- Acciones de articulación con sectores de protección, justicia entre otros, en el manejo institucional de la violencia de género.
- Divulgación de documentos técnicos, resoluciones, circulares entre otros, a las diferentes áreas de la institución, fortaleciendo las habilidades del talento humano.
- Participación en diferentes jornadas académicas y reuniones lideradas por otros sectores del municipio.
- Producción de bases de datos de eventos de Interés y seguimientos de casos (violencia de género, intento de suicidio, confirmatorias de Dengue, sífilis gestacional, Malaria, Leishmaniasis).
- Mejoramiento de la estrategia de retroalimentación a las direcciones Técnicas, de las dificultades presentada en la atención de EISP.
- Realización de Unidad de Análisis Institucionales realizada de manera integral con diferentes áreas de la entidad.
- Adopción institucional Resolución 0227 del 2020
- Abordaje de eventos emergentes, viruela símica, entre otros.
- Creación historia clínica institucional de atenciones de usuarios del programa de Tuberculosis.
- Mejoramiento de los indicadores de gestión e ingreso a tratamiento de usuarios con diagnóstico nuevo de VIH, se resalta como un gran logro el aumento de casos identificados como probables en la ESE, lo anterior gracias a la tamización realizada a través de las Rutas Integrales de Atención en salud y convenios institucionales como lo es el proyecto de Enterritorio.
- Se realizó seguimiento del sistema de gestión del riesgo para algunos eventos de interés de salud pública.
- Se realizó análisis de comportamientos inusuales a nivel institucional, realizando énfasis en los eventos relacionados con la salud materna.
- Se dio cumplimiento al 100 % de los objetivos descritos en los planes de acción o contingencia institucional.
- El comportamiento de monitoreo especial del dengue a nivel institucional llevó a realizar precritica 145 casos ingresados al sistema de vigilancia con acciones de seguimiento y ajuste en sistema dentro de los tiempos establecidos.
- Se consolida y socializa el tablero de problemas de unidades de análisis, identificando problemáticas relacionadas con la ocurrencia de EISP priorizados. Se consolidaron los problemas relacionadas con fallas en la rectoría sanitaria, la operación de las rutas integrales de atención en salud, la articulación entre los actores del sistema, la gestión del riesgo por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios, incluyendo las barreras en el acceso a la atención, determinantes sociales de la salud y falencias relacionadas con la calidad de la prestación de servicios.

- Se definieron y gestionaron los requerimientos de apoyo logístico, administrativo y de soporte para la vigilancia y análisis del riesgo en salud pública.
- Hicimos parte de las instituciones apadrinadas por el laboratorio de salud pública departamental, haciendo parte de la identificación de circulación de los cuatro serotipos de Dengue en el territorio, a través de procesamiento de muestras de casos probables.

Oportunidades de Mejora:

- Seguimiento estricto a casos probables de dengue y a otros eventos de interés en salud pública
- Mayor divulgación de información relacionada a EISP a la comunidad.
- Implementación historia clínica programa de Tuberculosis a nivel institucional.

Metas y retos 2024.

- Desarrollar nuevas estrategias que nos permitan mejorar la retroalimentación de la información que produce el área de epidemiología a las diferentes áreas de la entidad, incluidos los protocolos, para su permanente mejora.
- Implementar la Hoja de Datos – Infografía por periodo epidemiológico que permita una fácil interpretación de la información que produce la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en la institución.
- Continuar con las acciones de notificación, ajustes, seguimientos y retroalimentación realizadas hasta este momento
- Continuar con la implementación de herramientas virtuales dirigidas al cliente interno de la institución, fortaleciendo las capacidades frente al manejo de los EISP.
- Continuar con la realización y socialización del tablero de problemas institucional, generado por el análisis de casos, como insumo para la adopción y toma de decisiones en los diferentes programas y direcciones de la entidad.
- Acciones de fortalecimiento institucional en la captación de sintomáticos respiratorios.
- Fortalecer el proceso de auditoría a las atenciones realizadas en el marco de Eventos de salud pública priorizados en la ESE.
- Fortalecer las acciones de gestión del riesgo integral de usuarios identificados bajo Eventos de Interés en salud pública.
- Articular e integrar distintos procesos de la ESE en el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE, incluido las Estadísticas Vitales EE.VV.
- Fortalecer el abordaje de los trastornos de salud mental.
- Fortalecer los programas de atención de salud materna e infantil.
- Acompañamiento en el proceso de implementación de la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS.
- Fortalecimiento institucional del manejo adecuado de brotes epidemiológicos.
- Mantenernos como entidad apadrinada por parte del laboratorio de Salud

- Pública departamental.
- Continuar con el fortalecimiento de los sistemas de información de vigilancia en salud pública, portal web SIVIGILA 4.02

Análisis preliminar comportamiento de Eventos de Interés en Salud Pública, Red Salud Armenia ESE, 2023.

15

(La siguiente información, es analizada de manera preliminar, las bases de SIVIGILA se cierran el día 31 de marzo del 2024, fecha hasta la que se podrá ser ajuste de información según lineamientos del INS).

En la tabla N° 1 se encuentra el comportamiento de los eventos notificados en la ESE, durante la vigencia 2023pr (corte 31 de diciembre del 2023), se notificaron al Sistema de Vigilancia 1651 eventos, comportamiento con tendencia a la disminución a los presentados en los años antes de pandemia (2018 -2019), donde la entidad registró 1753 eventos para el año 2019 y 1838 para el año 2018. El aumento significativo en el ingreso de eventos al sistema se dio en el año 2021 con 4821 eventos, en donde la infección por COVID-19 fue el evento de mayor notificación. De los 1651 eventos registrados en el corte del año 2023pr, se realizó el descarte por error de digitación de 27 casos y se realizó el descarte por pruebas de laboratorio de 118 eventos, lo que nos indica un total de casos parcial para analizar de 1506 eventos notificados al sistema de vigilancia institucional.

Nº	Evento de Interés	Nº casos	%
1	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	↓ 467	31,01
2	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	— 352	23,37
3	INTENTO DE SUICIDIO	↑ 135	8,96
4	SÍFILIS GESTACIONAL	↑ 105	6,97
5	DENGUE	↑ 100	6,64
6	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	↑ 100	6,64
7	TUBERCULOSIS	↑ 69	4,58
8	NOTIFICACION NEGATIVA	— 46	3,05
9	MALARIA	↑ 32	2,12
10	VARICELA INDIVIDUAL	↓ 32	2,12
11	INTOXICACIONES	↑ 26	1,73
12	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	— 24	1,59
13	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	— 22	1,46
14	DEFECTOS CONGENITOS	↓ 12	0,80
15	PAROTIDITIS	↓ 12	0,8
16	CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	↑ 8	0,53
17	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	↑ 7	0,46
18	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	↑ 4	0,27
19	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	↑ 4	0,27
20	HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	— 3	0,20
21	LEPTOSPIROSIS	— 2	0,13
22	SÍFILIS CONGENITA	↑ 2	0,13
23	ACCIDENTE OFIDICO	— 1	0,07
24	HEPATITIS A	— 1	0,07
25	LEISHMANIASIS CUTANEA	— 1	0,07
26	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	↑ 1	0,07
TOTAL CASOS		1506	100

Tabla N°1 Comportamiento de Eventos de Interés en salud pública, Red salud Armenia ESE. 2023 pr

Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, ocupan el primer lugar con la notificación al sistema de vigilancia de 467 casos lo que nos indica el 31.01% del total de notificados, mostrando una disminución de notificación del 8% comparado con la vigencia 2022, la vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar ocupa el segundo lugar de reporte institucional con el 23.37% mostrando un comportamiento en cifras similar al identificado en el año 2022; en un tercer lugar se registra el evento de intento de suicidio con el 8.96% equivalente a 135 casos; evento que llama la atención por el aumento de registros identificados comprados con vigencias anteriores (aumento del 35% relacionado al año 2022). Llama la atención para esta vigencia, nuevamente el comportamiento del evento sífilis gestacional, ocupando el 4 puesto dentro de los eventos de notificación institucional, al igual que el evento de sífilis congénita (partos atendidos en la ESE); se hace importante resaltar que la vigencia 2023 se han mejorado los procesos de gestión y seguimiento al riesgo del manejo y abordaje de la sífilis en población general; esperando tener impacto en unos años en la vigilancia del evento relacionado a la gestación y al nacimiento; lo anterior siguiendo las directrices de la resolución 1314 del 2020.

Según comportamiento epidémico del dengue, se esperaba para el año 2023 año de brote por el evento; por lo anterior vemos como se registraron al sistema institucional 100 casos probables de la infección logrando confirmar por laboratorio 19 casos, descartar 71 casos y dejar pendientes y sin ajuste 10 casos por diferentes factores de origen administrativo y asistencial que no permitieron

la toma o procesamiento de muestras. Nuestra entidad desde el año 2022, viene realizando procesos de implementación, adopción y auditoría de la Resolución 0227 del 2020, vemos como el evento sigue en aumento de notificación en la ESE, lo anterior gracias a nuevas tecnologías diagnósticas que aunque no sean procesadas en la ESE son ordenadas e indicadas por nuestros profesionales, es por esto que para el año 2023 se identifican en la entidad 69 casos de este evento; se resalta que contamos con un programa que gestiona el seguimiento y la entrega de tratamientos a través de distintas modalidades, logrando durante la vigencia la recuperación en estado curado del 83% de los pacientes ingresados al programa institucional. Las Rutas Integrales de Atención en salud a través de las diferentes actividades de tamización jugaron un papel importante en la identificación temprana de casos de VIH a nivel institucional, es por ello que el evento vigilado ocupa el 6 puesto en comportamiento; sumado a lo anterior se informa que nuestra empresa realizó convenio con el proyecto Enterritorio, quienes se encuentran realizando tamización y búsqueda activa comunitaria de casos de VIH/SIDA, lo que también aporta a este evento. Desde este proceso se vela por el ingreso oportuno de los casos identificados en ruta institucional al programa de atención regular, resaltando que no configuramos diagnóstico en la ESE, pero tras la probabilidad diagnóstica se desprende un sinnúmero de acciones encaminadas al ingreso a programa dentro de los tiempos establecidos.

Al realizar análisis de características demográficas, se encuentra el 57.2% de los casos notificados son de sexo femenino, la carga de notificación frente a régimen de afiliación es del 77% para el subsidiado, se registra disminución en la atención de población migrante venezolano comparado con los años anteriores, nuestra prestación de servicio va dirigida en gran proporción a población de estrato 1 y 2 del municipio de Armenia. Llama la atención la atención prestada por parte de usuarios procedentes de otras nacionalidades y a EAPB sin presencia en el territorio o sin contratación vigente con la entidad; características importantes al momento de la oferta de servicio de salud institucionales. Frente al ciclo vital, el mayor número de atenciones relacionados a vigilancia se identifican en población adulta y adolescente (ver tabla N°2)

Variable	Nº casos	%
Sexo		
Femenino	862	57,2
Masculino	644	42,8
País de procedencia		
Colombia	1398	92,83
Países bajos	1	0,07
Perù	1	0,07
Venezuela	106	7,04
Régimen de salud		
Contributivo	269	17,86
Excepción	1	0,07
No afiliado	63	4,18
Especial	9	0,60
Subsidiado	1164	77,29
Pertenencia étnica		
Indígena	14	0,93
Raizal	1	0,07
Negro	8	0,53
Otros grupos	1483	98,47

Variable	Nº casos	%
Estrato		
1	792	52,59
2	591	39,24
3	116	7,70
4	6	0,40
5	1	0,07
Grupo poblacional		
Discapacidad	1	0,07
Desplazados	12	0,80
Migrantes	108	7,17
Privados de libertad	1	0,07
Gestantes	148	9,83
calle	28	1,86
cargo ICBF	14	0,93
Desmovilizado	1	0,07
Otros	1193	79,22
Ciclos de vida		
Primera infancia	208	13,81
Infancia	102	6,77
Adolescencia	144	9,56
Juventud	282	18,73
Adulthood	525	34,86
Vejez	245	16,27

Tabla N°2 Características sociodemográficas, consolidado de eventos Red Salud Armenia ESE, 2023pr.

Los grupos étnicos, son poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias; es por ello que se hace importante fortalecer los servicios de salud encaminados a una atención diferencial, logrando caracterización de la población especial. Durante lo corrido del año se ha realizado atención en Eventos de interés en salud pública a 14 indígenas, 8 afrocolombianos y 1 raizal, sumado a lo anterior se identifica aumento significativo en la caracterización de grupos poblacionales, siendo las gestantes las de mayor número de reporte, seguido de los migrantes y los habitantes de calle.

Se realiza a nivel institucional proceso de georreferenciación por comunas del municipio, relacionado las áreas donde mayor se presentan eventos de interés en salud pública (población atendida en la ESE), se procede con esta georreferenciación a realizar clasificación del riesgo según el número de casos registrados, encontrando barrios de muy alto riesgo como lo son el Simón Bolívar, las Colinas, la Fachada, Santander, La Patria, Bosques de Pinares, los Quindos, la Cecilia y Puerto Espejo; se invita a fortalecer las acciones de información y educación en la comunidad de estas áreas del municipio. Ver imagen N°1.

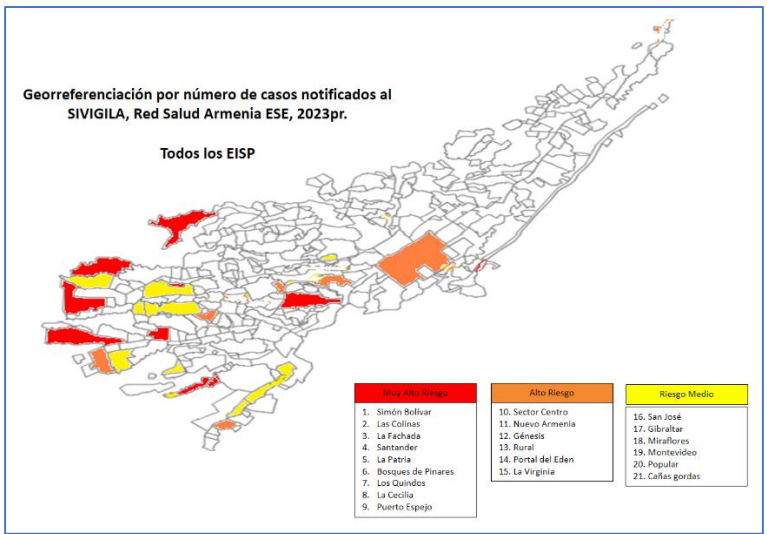


Imagen N°1 georreferenciación por número de casos notificados al SIVIGILA, Red salud Armenia ESE, 2023 pr.

Informe plan de contingencia por brote epidémico Dengue, Red Salud Armenia ESE, 2023pr.

El dengue es un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población colombiana, esta enfermedad, presenta picos epidémicos cada tres a cuatro años con diferente intensidad y los factores asociados a estos brotes son variados, siendo particularmente críticos los relacionados con el manejo del agua y los residuos en los hogares, los que generan reservorios y criaderos del mosquito trasmisor de la enfermedad. Para el año 2023, según información entregada por el INS, se presentaría año epidémico por lo que se hizo necesario fortalecer las acciones institucionales para la vigilancia, abordaje y seguimiento de casos; fue por esto que desde el I trimestre del 2023 se inició con la implementación de planes de acción institucionales basados en la circular externa 0002 emitida por el ministerio de salud y protección social; de manera posterior se hace adopción de la circular 00013 del 2023 emitida de manera conjunta con la superintendencia nacional de salud, con dicha adopción se ajustó el plan de acción inicial, realizando socialización del mismo e informando a los responsables las acciones a ejecutar.

Como cierre al seguimiento del plan, se encuentra con un cumplimiento del 89% a nivel institucional, como acciones pendientes de cumplimiento se encuentra:

- Realización de curso OPS dirigido a profesionales médicos de la ESE, se logra la certificación del 52% de los profesionales médicos de la ESE. Se espera para la vigencia 2024 continuar con este proceso de fortalecimiento de habilidades, se resalta que durante la vigencia 2023 se realizaron varios escenarios de socialización y capacitación, además de uso de ayudas visuales como infografías.

- Implementar el plan de saneamiento ambiental y específicamente el plan de control de plagas y vectores, con el fin de que la institución esté libre de criaderos para *Aedes spp.* La vigencia 2023 se cierra con evidencia de vectores a nivel de los diferentes servicios de la ESE, se han realizado acciones de mitigación y de fumigación, las cuales no han sido efectivas; se continuará trabajando en la solución de esta situación de manera conjunta con diferentes procesos de la entidad.

RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Educación a la comunidad, debe ser una acción priorizada, a través de medios de comunicación efectivos, visitas domiciliarias y trabajo multisectorial dirigidos a los eventos de interés en salud pública con mayor identificación en la institución.
2. Fortalecer el proceso de epidemiología, como área priorizada en el manejo de pandemias y contingencias, con el objetivo de aportar a la institución en el tema de gestión de riesgo individual.
3. Fortalecimiento de acciones de vacunación a población canina y felina en áreas identificadas en la georreferenciación, que incluya además la creación y divulgación de bases de datos de animales vacunados la cual permita evitar los procesos de revacunación, acciones que se deben fortalecer a través de la contratación del Plan de Intervenciones colectivas PIC.
4. Fortalecimiento de acciones encaminadas a mejorar las coberturas de vacunación (varicela dosis de 12 meses y refuerzo de 5 años de edad) en el marco de la mitigación de aparición de enfermedades inmunoprevenibles.
5. Fortalecimiento de acciones comunitarias en prevención de accidentes en casa en menor de 5 años de edad y fortalecer el proceso de educación en salud al momento de las intervenciones de primera infancia, que incluya actividades de nutrición y alimentación saludable.
6. Fortalecer la tamización para enfermedades de Transmisión Sexual (sífilis, VIH y hepatitis virales), el tratamiento a contactos, la clasificación de riesgos y los seguimientos rutinarios, incluir el fortalecimiento de las actividades a nivel comunitario.
7. Atención integral del habitante de la calle, acciones de articulación con entes de salud municipal para dar cumplimiento a la política de salud pública de habitantes de calle.
8. Acciones de seguimiento y control a las poblaciones especiales y vulnerables, logrando caracterizaciones que nos permita mitigar el riesgo de enfermar y morir
9. Continuar con acciones institucionales que permitan fortalecer las habilidades del personal en salud referente a temas de vigilancia en salud pública.
10. Fortalecer las actividades de gestión de riesgo y canalización temprana a los servicios de salud, como acciones de prevención de la mortalidad evitable.
11. Fortalecer las atenciones en salud de las maternas, menores de 5 años de edad de la población, encaminándose en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
12. El abordaje de la salud mental deberá ser una prioridad para el año 2024, el fortalecimiento de acciones de manejo y del talento humano será una tarea que

deberá realizarse.

13. Fortalecimiento institucional de la resolución 1314 del 2020 frente al manejo de prueba rápidas para la detección de VIH, sífilis y hepatitis virales.
14. Mejorar la captación de sintomáticos respiratorios y el diagnóstico de tuberculosis a nivel institucional, a través del cumplimiento de las responsabilidades institucionales emitidas en la RES 0227 del 2020.
15. Creación de estrategias institucionales que permita fortalecer la educación continuada del personal de la empresa.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Servicios de urgencias

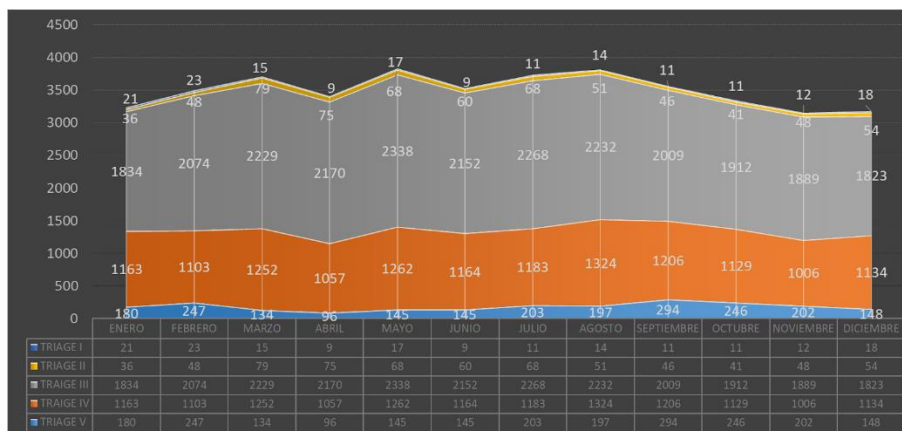
Productividad en los servicios de urgencias

Pacientes a los cuales se les realizó el Triage en 2023

GRUPO POBLACIONAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
ADULTOS	2588	2541	2812	2618	2757	2631	2833	2868	2706	2592	2427	2523
PEDIÁTRICOS	582	877	826	901	996	833	816	855	799	666	652	595
OBSTÉTRICOS	64	77	71	95	112	92	108	125	86	103	88	87
TOTAL	3234	3495	3709	3614	3865	3556	3757	3848	3591	3361	3167	3205

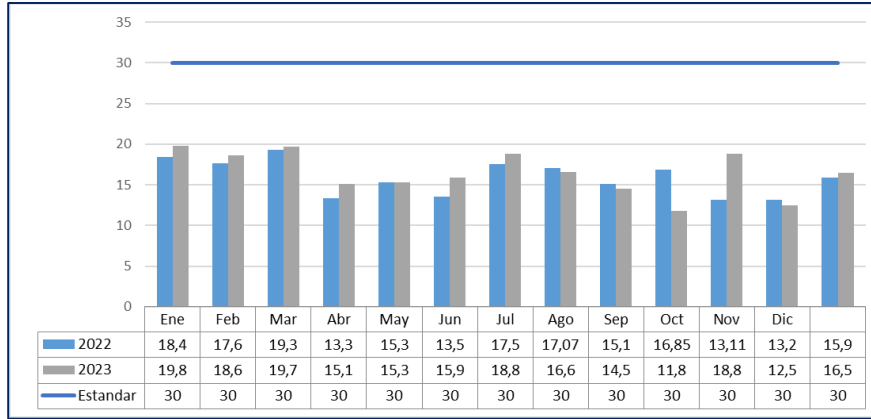
El total de pacientes a los cuales se les realizó Triage durante el 2023 fue de 42.422 el mes que mayor número de pacientes fue atendido corresponde al mes de mayo y el mes que menor número de pacientes se atendió fue el mes de noviembre, el promedio de pacientes atendidos en Triage fue de 3.535 pacientes.

Clasificación de los pacientes de acuerdo al Triage en 2023



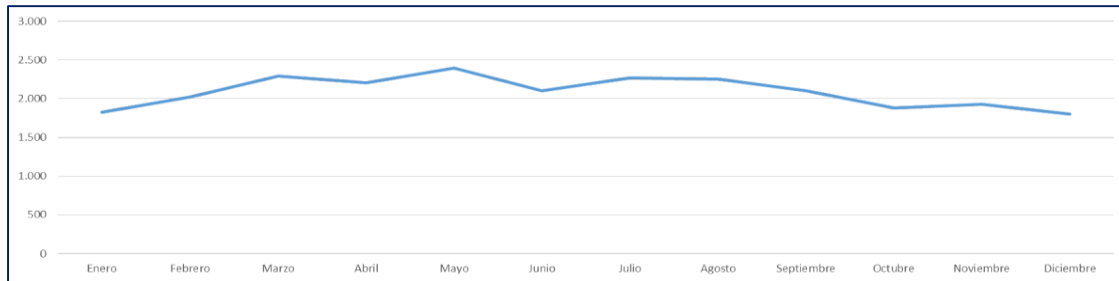
De las 41.995 consultas donde los pacientes fueron clasificados en el Triage en el 2023, se clasificaron así: Triage I: 171 pacientes, Triage II: 674 pacientes, Triage III: 24.930 pacientes, Triage IV: 13.983 pacientes y Triage V: 2.237 pacientes.

Tiempos de espera en Triage II primer semestre 2023



El tiempo de espera para pacientes clasificados en Triage II, durante el 2023 fue de 16,5 minutos, presentándose un incremento de 0.6 minutos frente al año 2022 pero manteniéndose dentro del tiempo establecido como indicador de oportunidad menor de 30 minutos.

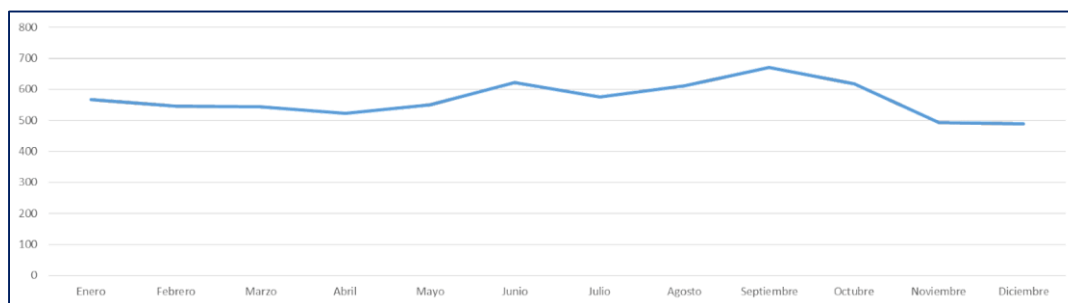
Consultas de urgencias 2023



Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	total
Consulta Urgencias	1.828	2.023	2.296	2.202	2.394	2.104	2.266	2.257	2.064	1.880	1.925	1.804	25085

El total de consulta de urgencias realizadas durante el 2023 fue de 25.085 consultas el mes que mayor número de consultas se realizaron fue en mayo y el mes que menor número de consultas de urgencias se realizaron fue en el mes de diciembre. Con un promedio mensual de 2090 consultas mensuales.

Consultas prioritarias atendidas 2023



Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Consulta Prioritaria Urgencias	566	546	544	522	551	622	575	612	670	617	494	488	6807

El total de consultas prioritarias realizadas durante el 2023 fue de 6.807 consultas, el mes que mayor número de consultas realizadas fue en septiembre y el mes que menor número de consultas de urgencias realizadas fue en el mes de noviembre. Con un promedio de 567 consultas mensuales.

Servicio Ambulancia prestados año 2023

Tipo de servicio de ambulancia	Servicios de ambulancia durante el 2022	Servicios de ambulancia durante el 2023
Traslado pacientes servicio de remisiones	3668	3198
Servicios ambulancia atención prehospitalaria	209	1312

Capacidad instalada de los servicios hospitalarios

Total, Rayos X tomados en el año 2023

- 4691

Productividad en sala de partos

INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS TO	SEPTIE MBRE	OCTU BRE	NOVIE MBRE	DICIE MBRE
Neonatos vivos > de 2500 gramos	4	6	4	5	1	4	2	5	3	2	5	2
Neonatos vivos < de 2500 gramos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Complicación obstétrica en sala de partos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Shock hipovolémico post parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maternas con convulsión intrahospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entrega equivocada de un neonato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ruptura prematura de membranas sin conducta definida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La demanda de partos es muy inferior, a la capacidad instalada, se ha realizado, estrategias de parto humanizado, donde los padres hacen acompañamiento a sus esposas durante el parto para facilitar el ingreso de las maternas, para atención de parto, pero debido a que la mayoría de las maternas se clasifican con alto riesgo acuden al Hospital de tercer nivel San Juan de Dios. Una estrategia para aumentar la cobertura a futuro es tener la posibilidad de la complementariedad en segundo nivel contar con recurso humano ginecólogo y pediatra. Dentro de la atención que se ha realizado en atención de partos no se han presentado complicaciones y los indicadores no presentan desviaciones.

Área	Numero
Camas hospitalización pediátrica habilitadas	4
Camas hospitalización adulto habilitadas	15
Camas hospitalización obstetricia habilitadas	4
Camas trabajo de parto	2
Camas / Camillas observación de urgencias habilitadas	14
Salas de parto habilitadas	1

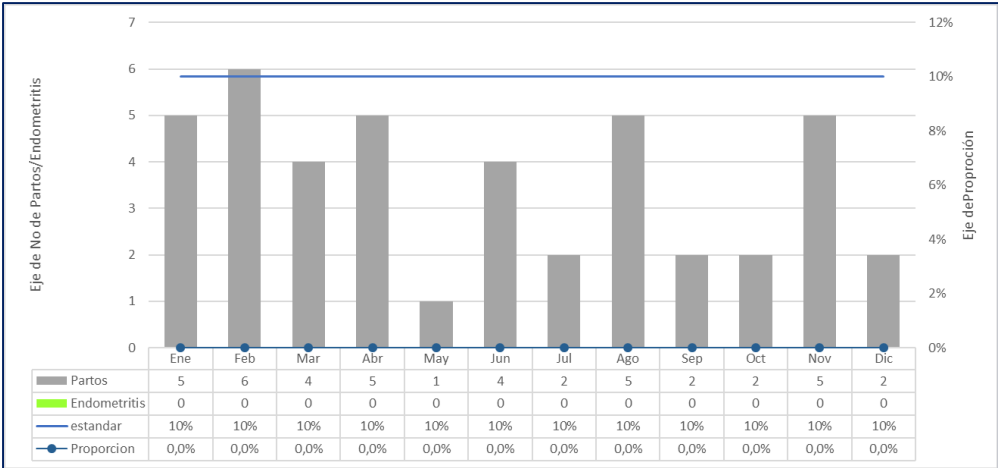
Tenemos una capacidad instalada en hospitalización y sala de partos es superior a los requerimientos lo que quiere decir que podemos ofrecer servicios para aumentar nuestra cobertura, y productividad, esta capacidad instalada es una gran oportunidad para nuestra institución.

Indicadores de los servicios hospitalarios año 2023

Los indicadores hospitalarios de calidad son el reflejo del tipo de atención que se les está brindando a los usuarios, que asisten solicitando atención al servicio de urgencias, razón por la cual, su valoración continua, asociado a las acciones de mejora y retroalimentación a los colaboradores implicados en la atención es un punto clave para lograr los objetivos propuestos. Red Salud Armenia ESE, está comprometida con la mejora continua del proceso de atención a los usuarios y por ende a los indicadores de calidad.

A continuación, veremos el comportamiento y análisis de los indicadores de calidad.

Proporción de Endometritis Pos Parto año 2023



Se calcula por medio del cociente entre número de endometritis pos parto vaginal y el total de partos atendidos en un mes de seguimiento, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje (%)

La Endometritis posparto o puerperal es una patología que involucra a la decidua y monetario contiguo de la cavidad uterina, causada por bacterias aerobios, anaerobios y clamidias, que colonizan la cavidad uterina durante el trabajo de parto, el parto o el puerperio, que, de no ser tratado, puede transformarse a una peritonitis difusa e incluso hasta una septicemia.

Se asocia principalmente a una infección intrahospitalaria, por lo que es indicativo de la calidad de la atención del establecimiento de salud. Además, produce un aumento de la estancia hospitalaria y los costos de atención. A pesar de los avances en el control prenatal, asepsia, antisepsia, antibioticoterapia y entrenamiento médico, la Endometritis Posparto sigue siendo una causa importante de morbimortalidad.

La Unidad Intermedia del sur Red Salud Armenia ESE, tiene habilitada su sala de partos, con un total de 43 partos para el año 2023, con un promedio de partos mes de 3.6 Se nota un comportamiento a la baja con respecto de los años anteriores. Hasta el momento no se han presentado casos de endometritis puerperal, con una

proporción de 0%, con un cumplimiento del estándar. Se considera un resultado satisfactorio, por lo que se debe dar continuidad y fortalecer las medidas de asepsia y antisepsia implementadas, para continuar con igual resultado en el año 2023.

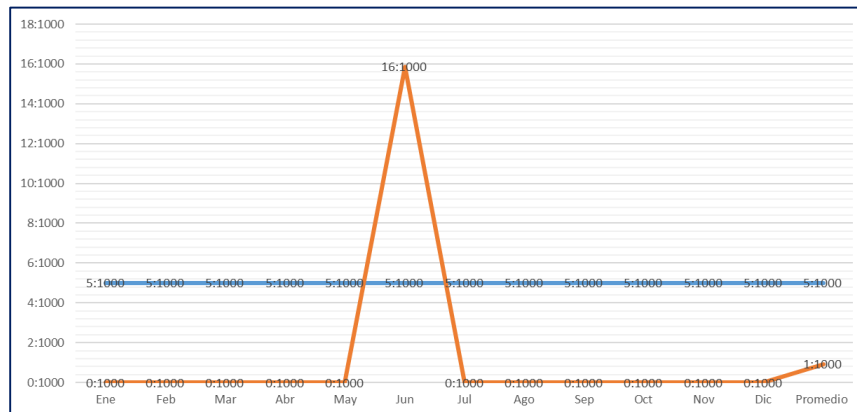
El bajo número de partos atendidos en la sala, se correlaciona con el bajo número de consultas de urgencias de las gestantes, la razón de esta disminución de la consulta al servicio de sala de partos y atención del parto es desconocida.

Con relación a esta situación se deberá realizar un proceso diagnóstico que nos permita esclarecer el motivo de las pacientes gestantes para no consultar el servicio de urgencias, además de establecer el por qué las pacientes de bajo riesgo, a las cuales se les podía realizar atención de parto en nuestra institución, decidieron consultar a un nivel superior.

Para poder realizar este trabajo se necesitaría una articulación tanto con el equipo del programa de control prenatal, auditoria médica y servicios hospitalarios, y de esta manera crear estrategias para la recuperación de los partos en la institución.

Tasa de Caída de Pacientes en el Servicio de Hospitalización año 2023

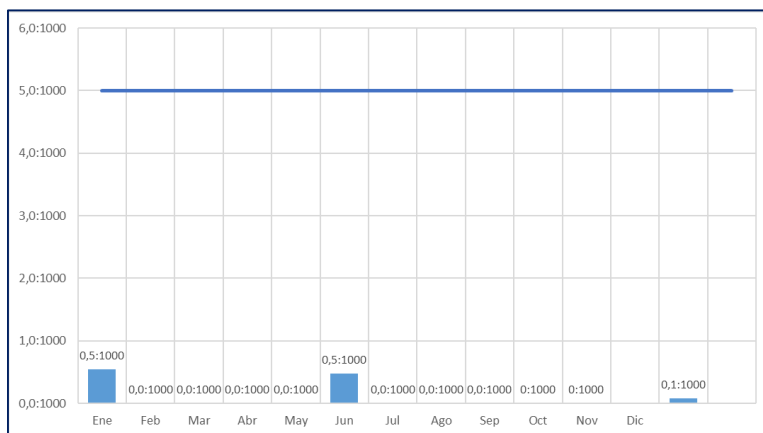
Se calcula con el cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000.



La OMS define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad, de forma repentina e involuntaria. La presentación de caídas en los pacientes genera complicaciones, que van desde simples lesiones superficiales, hasta grandes complicaciones que producen la reducción de la calidad de vida, e incluso la muerte, resultando en aumento el costo para el paciente y su familia como para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Tasa de Caída de Pacientes en el Servicio de Urgencias año 2023

Cociente entre el número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas el periodo y el total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000.



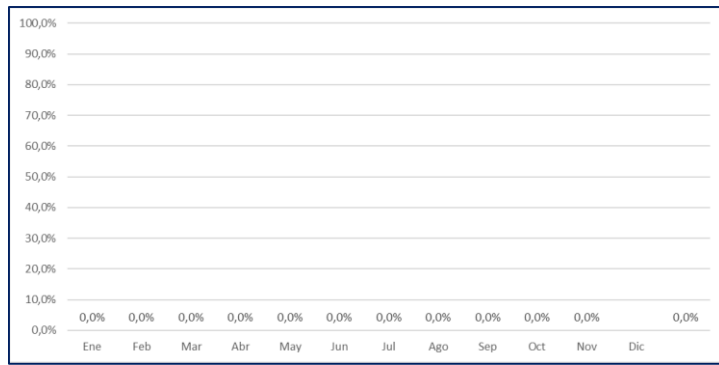
En el primer semestre de 2023 El programa de prevención de caída también se aplica al servicio de urgencias, se presentaron 2 caídas durante el primer semestre 2023, 1 en el mes de enero, 1 en el mes de junio, los demás meses no se presentaron caídas. Al realizar el cálculo de la proporción acumulada, da un resultado de 0,2 por cada 1000 atenciones de urgencias, quedando dentro del estándar esperado por parte del Ministerio.

En conjunto con el área de Seguridad del paciente de Red Salud Armenia ESE, se realizan los análisis de los eventos presentados, y planteando planes de mejoramiento, enfocados a prevenir, en este caso las caídas de los pacientes, logrando mantener el resultado positivo dentro del estándar. Se deben de continuar con los procesos de prevención de caídas de los pacientes, para continuar dando estos resultados satisfactorios y para brindar una atención de calidad y segura a los usuarios.

En relación con la prevención de caídas y las camillas del servicio de urgencias, se debe hacer el respectivo mantenimiento, en especial la estabilidad de las barandas.

Proporción de Eventos Adversos relacionados con la Administración de Medicamentos en Hospitalización año 2023

Se calcula con el cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización sobre el total de egresos de hospitalización en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).

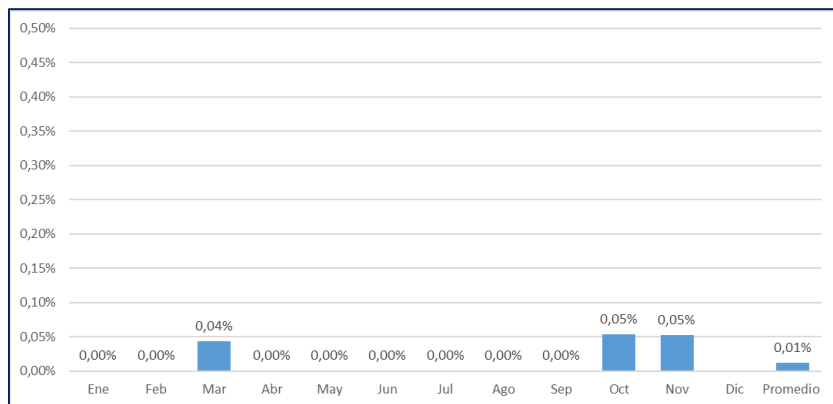


Evento adverso a medicamentos es cualquier suceso medico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, que puede ser de forma directa por este, o por inadecuada formulación, almacenamiento, preparación o administración. Es importante realizar la vigilancia de la presentación de estos, ya que permite determinar realmente el perfil de seguridad de los medicamentos que son comercializados o los errores derivados de la atención y por ello es un indicador de la calidad.

Durante el transcurso del año 2023 no se presentó evento adverso asociado a la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización. Se debe continuar con todos los protocolos implementados para la prevención de la ocurrencia de estos eventos, como la aplicación de los 12 correctos, la monitorización de los procedimientos y los protocolos institucionales de seguridad del paciente, así como la capacitación continua del personal asistencial, para continuar con estos resultados positivos.

Proporción de Eventos Adversos Relacionados con la Administración de Medicamentos en Urgencias.

Se calcula del cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias sobre el total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).

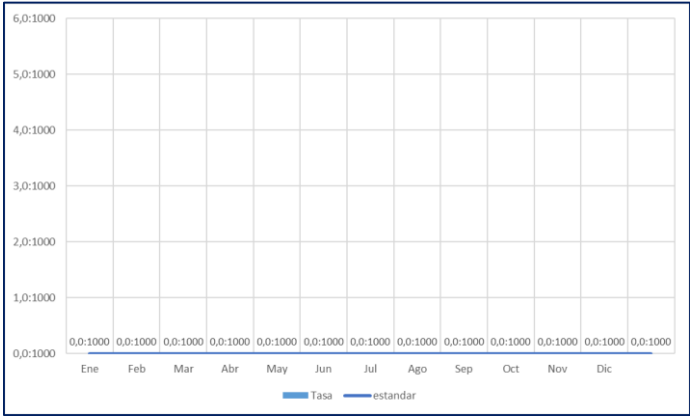


Al igual que el indicador anterior, se observa un resultado positivo en los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias, durante el año 2023, donde se presentaron 3 eventos adversos.

La proporción acumulada del primer semestre año 2023 fue de 0,01%, con un resultado positivo. Se debe continuar con la realización de medidas de seguimiento y educación al personal para prevenir la presentación de estos eventos.

Tasa de Úlceras por Presión año 2023

Se calcula con el cociente entre el número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000.

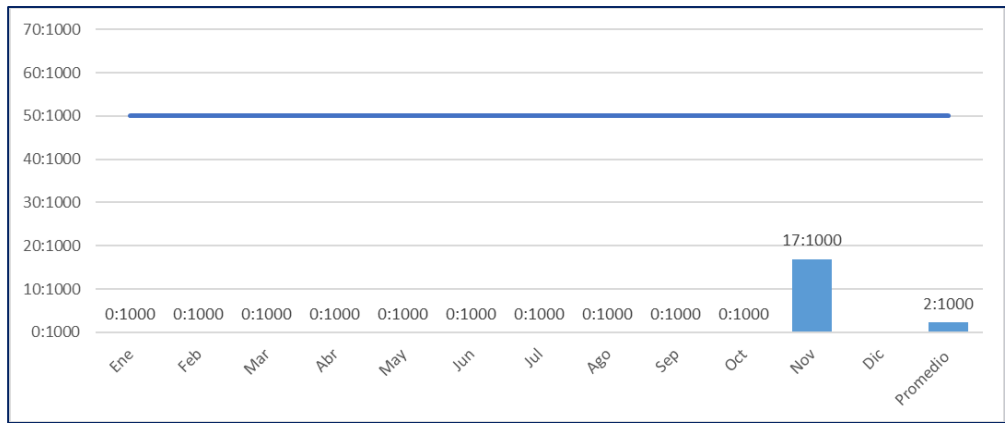


Las úlceras por presión aparecen principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes. Además, es un indicador claro de la calidad de atención en salud en pacientes hospitalizados.

Durante el primer semestre del año 2023 no se presentaron úlceras por presión en los pacientes que estuvieron internados en el servicio de hospitalización, dejando una relación de 0 a 1000 días de estancia hospitalaria. Se deben continuar las valoraciones integrales por parte del grupo asistencial para su prevención, además del seguimiento continuo por parte del grupo de seguridad del paciente y de la Dirección Técnica Hospitalaria, para la prestación del servicio con resultados satisfactorios.

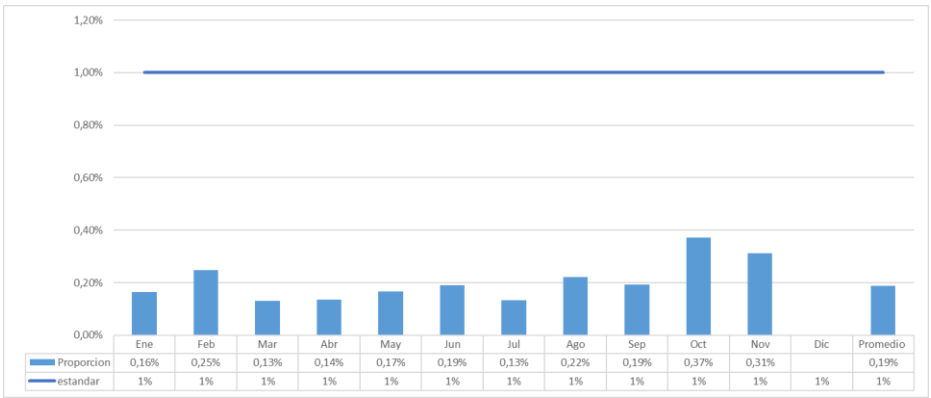
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 Días año 2023

Se calcula con el cociente entre el número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el período suma el número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo por 1000 egresos.



El comportamiento del reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, es un total de 0 de 293 hospitalizaciones presentadas para el primer semestre del año 2023 generando una tasa de 0 por cada 1000 egresos hospitalarios, indicador dentro del estándar propuesto por el ministerio. Para el fortalecimiento del servicio hospitalario se prioriza la continuidad de los médicos que lo realizan inicialmente, permitiendo secuencia de observación y manejo, mejorando la atención y recuperación del paciente, y mejoría del indicador. Se continuarán con las estrategias planteadas para continuar con los adecuados resultados obtenidos hasta el momento.

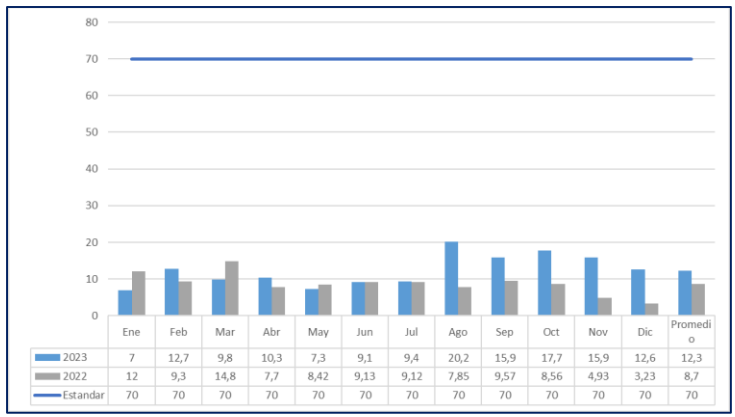
Tasa de reingreso de pacientes al servicio de urgencias antes de las 72 horas año 2023



La tasa de reingresos para el primer semestre 2023 fue del 0.17 encontrándose dentro del indicador, cabe resaltar que los caos que reingresan antes de las 72 horas siempre se analizan las causas y de ser necesario se realiza plan de mejora

Porcentaje Ocupacional año 2023

Se calcula con el cociente del número total de días cama utilizadas registradas en una institución y periodo definido sobre el número total de días camas disponibles en la misma institución, multiplicado por 100 expresado como porcentaje (%).



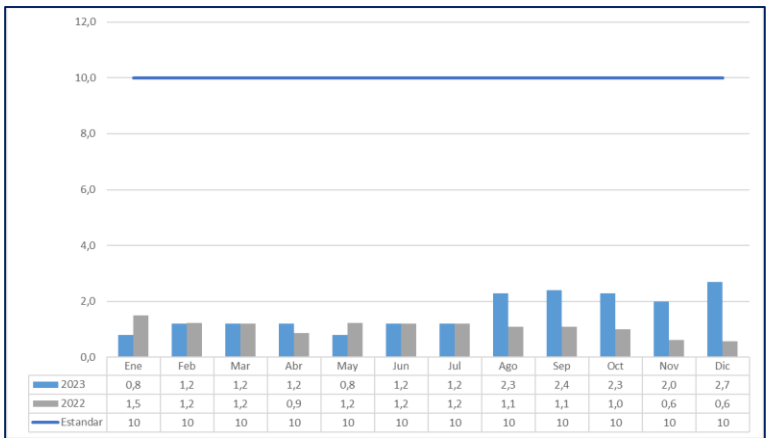
Este indicador expresa en términos porcentuales el número de días que estuvo ocupada la cama (se toma el total de días disponibles como el 100%).

Es claro que la ocupación del servicio de hospitalización ha bajado mucho en los últimos 2 años. En el año 2021, hubo una ocupación promedio de 15,8%, superior en comparación al año 2020, con un promedio de 15,7% y para el año 2022 un promedio de 9.3. para el 2023 el porcentaje ocupacional es del 12,3 Se observa disminución significativa de la ocupación en el servicio de hospitalización, lo cual se relaciona directamente con ser un servicio de primer nivel en el cual hay poca capacidad resolutoria por lo cual los pacientes son remitidas a otras IPS de mayor de Complejidad.

Esta disminución en la ocupación, se presenta de forma marcada desde el inicio de la pandemia del COVID 19, siendo un factor importante para la presentación de este descenso como es la disminución en la consulta por parte de la comunidad por miedo a contraer Coronavirus, quienes se abstenían a ir de manera presencial al servicio de urgencias; además de que los médicos realizan más enfoques de manejo ambulatorio, y de la disminución de otras patologías infecciosas como la neumonía, ya que claramente requería una interacción social, la cual se había limitado por las medidas implementadas en el inicio de la pandemia.

Giro Cama o Rendimiento Cama 2023

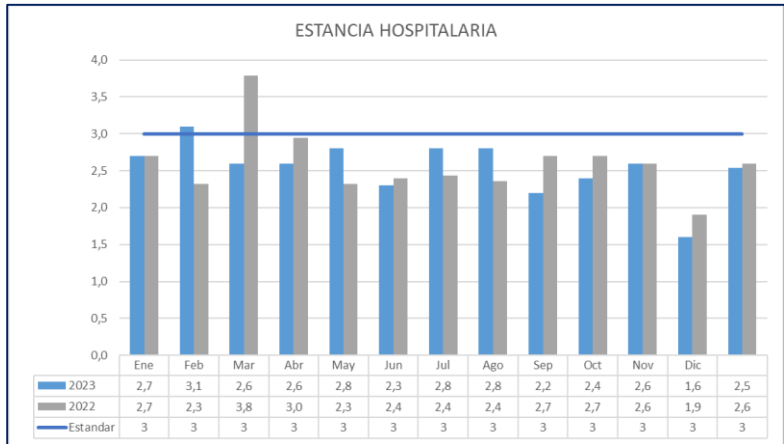
Se calcula con el cociente del número total de egresos hospitalarios registrados en una institución y periodo definidos sobre el número total de camas disponibles en la misma institución y periodo. Este índice expresa la productividad que presta cada una de las camas en la institución en un periodo definido.



El indicador de rotación o giro de cama es 1.6 tiene una relación directa con la cantidad de pacientes hospitalizados y el número de camas disponibles, también porque existe una baja ocupación, se tiene un mayor número de camas para la demanda de hospitalización.

Estancia Hospitalaria 2023

Se calcula con el cociente del número total de días de estancia de los pacientes registrados en la institución y período definidos sobre el número total de egresos registrados en la misma institución y período.



Este indicador revela el tiempo promedio que permaneció hospitalizado un paciente en una institución en un periodo de tiempo definido.

Este indicador no tiene relación con el número de consulta de urgencias, y guarda relación directa con la calidad de atención en salud, ya que, para mantener un estándar adecuado, se debe de realizar un adecuado diagnóstico y manejo médico desde el ingreso, para lograr egreso en el menor tiempo posible.

El promedio de estancia hospitalaria para el año 2021 fue de 2,5 días, saliéndose del estándar el mes de diciembre, en comparación del año 2022, con un promedio ligeramente mayor de estancia hospitalaria de 2,6 días, para el 2023 la estancia

hospitalaria fue del 2,5 Se logró un cumplimiento con los estándares planteados en la institución menor a 3 días de forma global en promedio de todo primer trimestre del año 2023, sin presentarse desviaciones durante el semestre.

Conclusiones Generales en el análisis de indicadores

Tras realizar la revisión de los indicadores y realizar el análisis, se observa que hay un comportamiento positivo de los indicadores de calidad, comportamiento que se viene dando desde el año 2020, para el 2023 con tendencia a la mejoría en muchos de estos. Esto indica que, las estrategias implementadas y el trabajo realizado con antelación han tenido resultados satisfactorios, por lo que se debe de continuar las estrategias implementadas para mantener la calidad y seguridad del paciente. Se debe propender con la continuidad en el fortalecimiento de estas estrategias, para mantener resultados en los estándares adecuados.

Los indicadores hospitalarios como giro cama y porcentaje de ocupación siguen bajos, por la disminución de la consulta a urgencias, y por ende la menor hospitalización de los pacientes este comportamiento también obedece a que somos una hospitalización de primer nivel con baja capacidad resolutive por lo cual nos toca remitir los pacientes, tener una complementariedad en segundo nivel con las cuatro especialidades básicas y una contratación para cubrir esta demanda sería lo indicado para mejorar los porcentajes de hospitalización y el giro cama.

- Cantidad de horas personal en el servicio hospitalario comparativo con años anteriores

La distribución de uso de horas en los servicios hospitalarios se desglosa en la tabla por semestre

HORAS MEDICOS SERVICIOS HOSPITALARIOS COMPARTIVO años 2022-2023

HORAS MEDICO AÑO	URGENCIAS	PRIORITARIA
2020	47.478	0
2021	46.620	720
2022	41.076	2.334
2023	38 640	2.160

Durante el primer semestre el 2020, para la prestación del servicio en relación con las horas médico se utilizaron 47.478.

Durante el primer semestre el 2021, para la prestación del servicio en relación con las horas médico se utilizaron 46.620.

Durante el primer semestre el 2022, para la prestación del servicio en relación con las horas médico se utilizaron 41.076.

Durante el primer semestre el 2023, para la prestación del servicio en relación con las horas médico se utilizaron 38.640.

Debido a falta de presupuesto se han venido disminuyendo horas para el servicio de urgencias a pesar de esta disminución de la oferta, se ha mantenido la productividad, para compensar en parte este déficit se hace refuerzo en horas donde se da una mayor demanda del servicio de urgencias entre las 2pm y la 10pm.

- Hora personal de enfermería servicios, auxiliares de enfermería y APH, conductores ambulancia de servicios hospitalarios comparativo primer semestre 2022- 2023

HORAS año 2023	ENFERMERIA	AUXILIARES DE ENFERMERIA Y APH	CONDUCTORES AMBULANCIA
2021	9.320	105.056	17.088
2022	8.842	92.056	14.088
2023	10.944	67.280	13.392

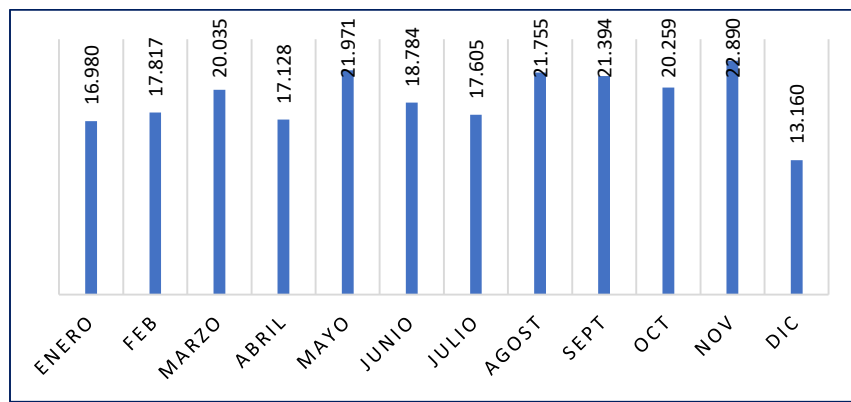
Para año 2023, los servicios hospitalarios, contaron con un total de 10.944 horas de profesionales de enfermería, 67.280 horas de auxiliares de enfermería y tecnólogos en atención pre hospitalaria y 13.392 horas de conductores para su operatividad a pesar de la gran disminución de horas de auxiliar de enfermería no ha bajado la productividad ni la satisfacción de los usuarios.

INCREMENTO DEL TOTAL DE HORAS DE PERSONAL ASISTENCIAL PARA EL 2021 COMPARACIÓN CON EL 2023	
Recurso humano	Número de horas
Incremento horas enfermería	2012
TOTAL incremento horas al servicio de urgencias 2021 al 2023	2012

Este incremento en horas de enfermería fue para dar cubrimiento las 24 horas al servicio de urgencias y monitorizar hospitalización y sala de partos.

LABORATORIO CLÍNICO

Producción laboratorio clínico 2023



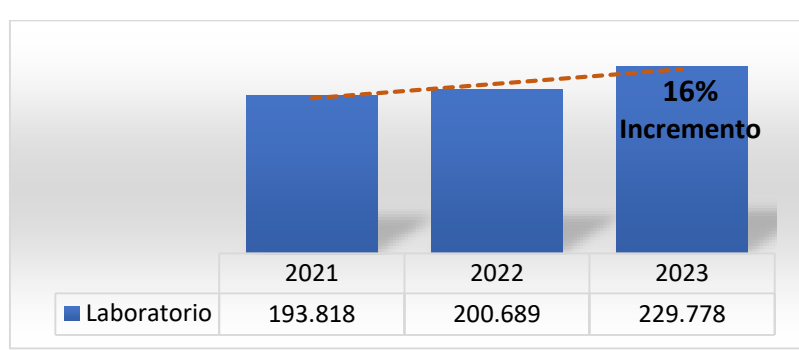
Fuente: Departamento de Información y Registro Red Salud Armenia ESE.

En el año 2023 se realizaron 229.778 pruebas para un total de 45.915 usuarios atendidos, observando una tendencia al aumento en 5 meses del año, en el mes de diciembre presentó una disminución significativa la cual es atribuida a factores relacionados con baja demanda de los usuarios.

El área que generó la mayor producción es química sanguínea con un aporte del 60% para 137.402 pruebas realizadas, seguida por las áreas de hematología y de uro análisis con un aporte de 12% cada una.

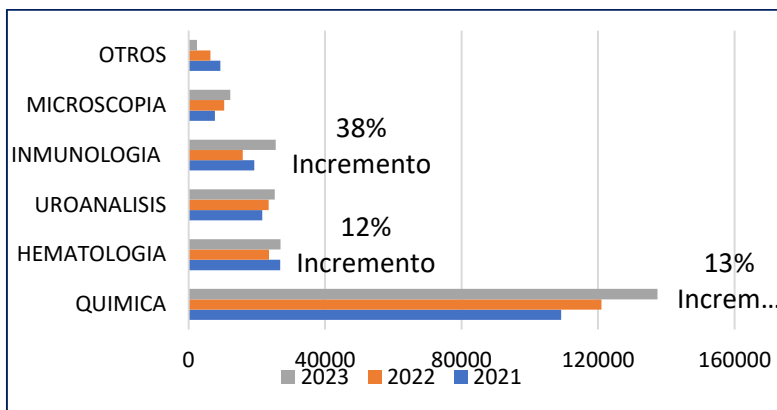
Al comparar la producción del 2021 al 2023, se observa una tendencia al aumento con un incremento del 16%, de las pruebas que registraron mayor aumento son las del área de Inmunología, para el 2022 se realizaron 15.865 pruebas y para el 2023 25.565 pruebas con un incremento del 38%, comportamiento directamente asociado a las acciones de implementación de las rutas integrales de atención en salud en la institución.

Gráfico 2 Comparativo de Producción laboratorio clínico 2021 al 2023.



Fuente: Departamento de Información y Registro Red Salud Armenia ESE.

Gráfico 3 Tendencia producción e Incremento por áreas del laboratorio clínico 2021 al 2023.



Fuente: Sistema Annarlab, Laboratorio clínico Red Salud Armenia ESE.

Seguido por el área de química para el 2022 se realizaron 121.000 pruebas y para el 2023 137.402 pruebas con un incremento del 13%, y el área de hematología para el 2022 se realizaron 23.561 pruebas y para el 2023 26.941 pruebas con un incremento del 12%.

Indicadores Laboratorio Clínico 2023

INDICADORES 2023	META	% Cumplimiento
FASE ANALITICA		
% de solicitudes medicas incorrectas	< o = 0.1%	0.1
% de muestras rechazadas.	< o = 0.3%	0.1
% Adherencia Toma de muestras	> o = 95%	95%
% de cumplimiento de tiempos de traslado antes de 2 horas.	> o = 95%	98%
FASE ANALITICA		
% control de calidad interno satisfactorio.	100%	100%
% de participaciones en Control de calidad Externo.	100%	100%
FASE POSTANALITICA		
% de cumplimiento de tiempos de entrega de resultados de exámenes.	> o = 80%	99%
% de aviso de alertas al médico tratante o servicio antes de 30 min.	> o = 90%	100%

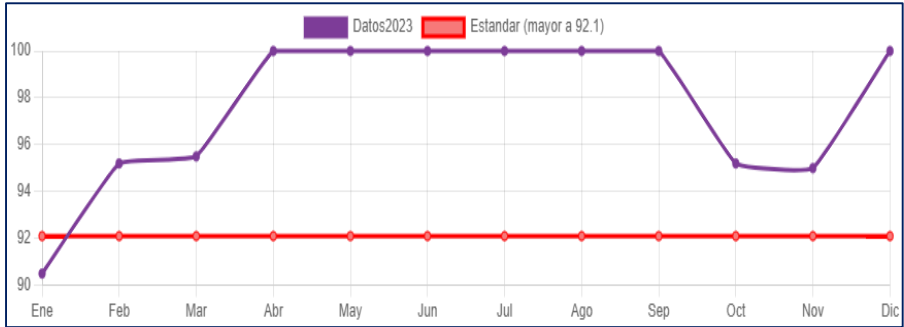
Fuente: Sistema Annarlab y Dinámica gerencial Red Salud Armenia ESE.

El laboratorio cuenta con un sistema de gestión de la calidad (SGC) enfocado a la mejora continua de todos sus procesos, se tienen definidos 15 indicadores trazadores, los cuales se alimentan en la plataforma Torresoft, se evalúan y analizan

mensualmente en las reuniones de EPM de laboratorio clínico, permitiendo tener un área monitoreada y controlada, cuando se presentan desviaciones se generan acciones de mejora en conjunto con otros servicios, las cuales apuntan a garantizar la prestación del servicio con calidad, oportunidad en beneficio del contexto clínico y de salud pública.

Para la vigencia 2023 se obtuvo excelente comportamiento de los indicadores, solo al inicio del indicador % de cumplimiento de tiempos de traslado antes de 2 horas presento desviación en el mes de enero, pero se controló a partir de ejecución de plan de mejora del área de bienes y servicios, las cuales se evidencian en el comportamiento de los meses siguientes.

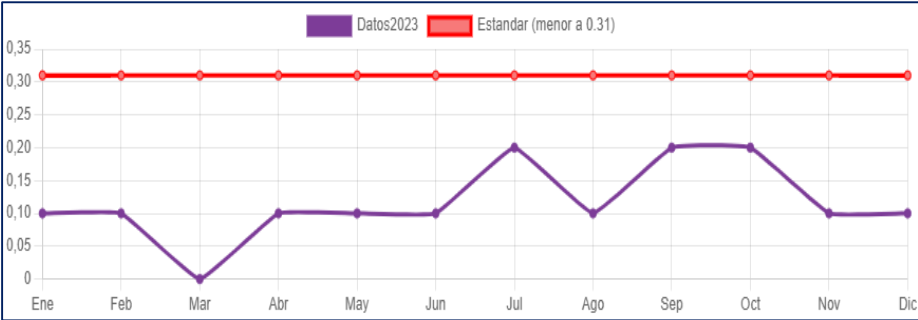
Gráfico 4. Porcentaje de cumplimiento del tiempo de traslado de muestras de laboratorio clínico 2023.



Fuente: Plataforma Torresoft Red Salud Armenia ESE.

Durante la vigencia se garantizó que los procesos para la toma de muestras en nuestros 5 puntos de atención estuvieran con auditoria y acompañamiento permanente lo que permitió obtener un excelente desempeño, factores como contar con personal calificado, capacitación continuada, proceso de entrenamiento y certificación, manejo, transporte, conservación y calidad de las muestras, son factores determinantes para obtener resultados confiables y oportunos; Se aplicó evaluación de adherencia al protocolo de toma de muestras de muestras y se obtuvo un cumplimiento del 90%.

Gráfico 5. Porcentaje de muestras de laboratorio clínico rechazadas 2023.



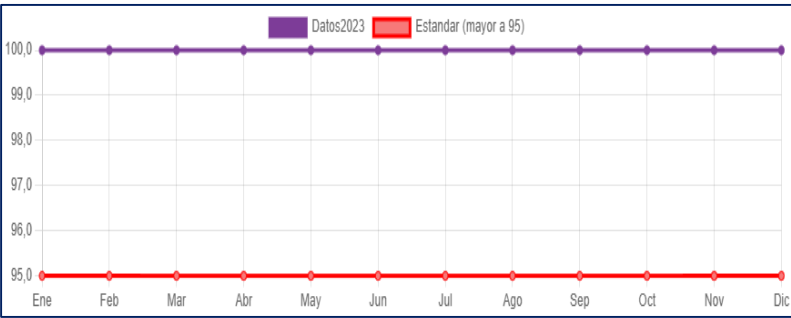
El indicador de muestras rechazadas obtuvo un excelente desempeño, se mantuvo durante toda la vigencia muy por debajo del estándar esperado, el cual es

directamente proporcional a lo estandarizado que está el proceso en los diferentes puntos de toma de muestras.

Se han implementado y garantizado estrategias para estandarizar la calidad en el funcionamiento del laboratorio clínico, lo que ha permitido evaluar el desempeño de las pruebas aceptar o rechazar las mismas y tomar acciones preventivas y de mejora continua como son:

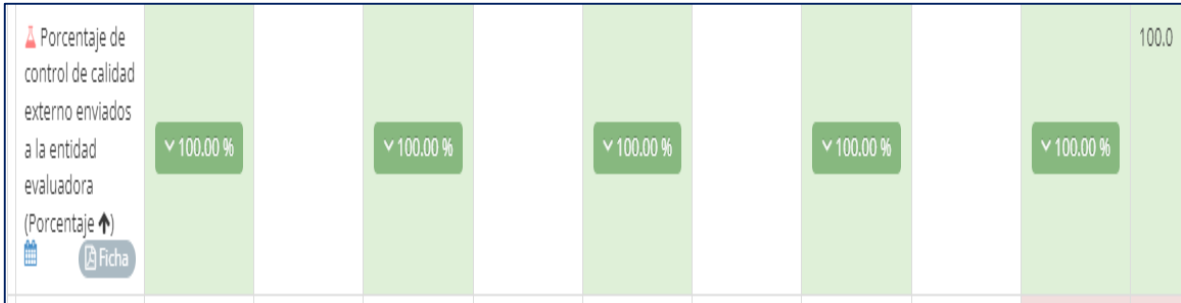
Control de Calidad Interno: para todas las pruebas de las áreas de Hematología, inmunoquímica, uroanálisis, parasitología y microbiología, el cual esta estandarizado con excelente desempeño en sus resultados, con un cumplimiento del 100%.

Gráfico 6. Porcentaje de cumplimiento control de calidad interno laboratorio clínico 2023.



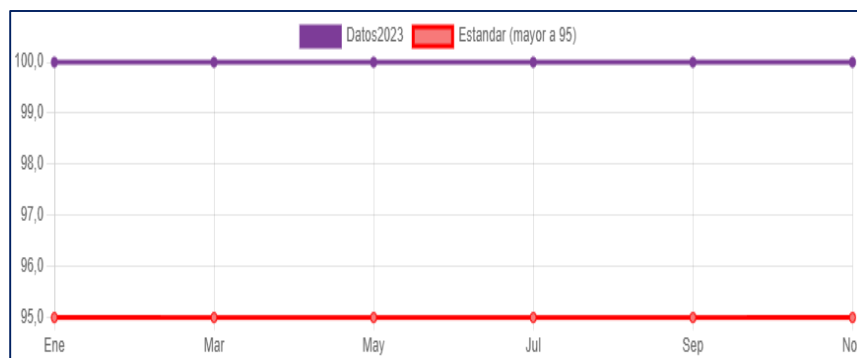
Fuente: Plataforma Torresoft. Red Salud Armenia ESE.

Control de calidad externo: estamos inscritos en programa de Control de Calidad Externo con los cuales se evalúa la exactitud de las pruebas procesadas, mediante la comparación del resultado obtenido con otros laboratorios, la evaluación se realiza 6 veces en el año y a la fecha con un cumplimiento del 100%.



Fuente: Plataforma Torresoft. Red Salud Armenia ESE.

Gráfico 7. Porcentaje de cumplimiento control de calidad externo laboratorio clínico 2023.



Fuente: Plataforma Torresoft. Red Salud Armenia ESE.

Participamos durante todo el año en programa de Evaluación Externa Indirecta del desempeño para eventos de interés en salud pública (Malaria, Leishmaniasis, Tuberculosis, Hansen, Serología VDRL, VIH, frotis de gram) con el Laboratorio Departamental de salud pública de acuerdo a programación establecida, con cumplimientos del 100% y muy buenos resultados de concordancia.

Durante el año se ejecutó plan de auditorías con el fin de garantizar que todos los procesos internos y los transversales con otras áreas tengan un óptimo funcionamiento, con generación de planes de mejora cuando se requirieron.

Plan de capacitaciones: se cumplió con el 100% del plan para la vigencia con envío al área de talento humano de la evidencia y soportes correspondientes.

Auditorias mensuales en conjunto con el área de facturación: cruce de datos de producción frente a lo facturado en los sistemas Annarlab y Dinámica gerencial, lo que permitió identificar hallazgos, realizar ajuste en la facturación antes de terminar el mes, obtener información confiable y transversal entre los dos sistemas, ajustar los procesos en las 2 áreas retroalimentando los hallazgos con el personal a cada área, generación de actas y seguimiento a las acciones de mejora.

Auditoria bimensual en conjunto con el área de sistemas: para verificar el óptimo funcionamiento de la interfaz del sistema Annarlab y Dinámica gerencial, lo cual ha generado notificación oportuna e intervenciones de los ingenieros de desarrollo de Annar diagnostica, apuntando a tener un sistema confiable y oportuno con cargue de resultados de forma inmediata a la historia clínica de los usuarios. Para esta vigencia se realizó cronograma de actividades el cual se cumplió en un 100%, con generación de actas de reunión y seguimiento de acciones de mejora en plataforma Torresoft.

Se cumplió en un 100% con los estándares de acreditación definidos para el área, en Proceso de Atención Cliente Asistencial (PACAS), de 7 estándares priorizados para el área, se logró 5 estándares con aprendizaje organizacional.

Se realizó actualización de los siguientes protocolos, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019:

MI-PS-MA- 031 Manual Toma, Recepción, Manejo, Remisión, Conservación y Transporte de Muestras laboratorio clínico.

MI-PS-PG-006 Programa Calidad laboratorio Clínico.

MI-PS-PR-054 Gestión de insumos en el Laboratorio Clínico.

MI-PS-PR-038 Protocolo de Auditorias.

MI-PS-PR-054 Gestión de insumos en el Laboratorio Clínico.

MI-PS-MA-023 Manual Programa de Reactivo Vigilancia.

MI-PS-MA-036 Manual de Referencia y Contra referencia laboratorio clínico.

- Se realizó socialización y evaluación de adherencia de los siguientes protocolos:

MI-PS-PR- 041 Protocolo Toma, Recepción, Manejo, Conservación y Transporte de Muestras de laboratorio clínico.

MI-PS-PR-039 Protocolo Programa de Calidad laboratorio Clínico.

MI-PS-MA-023 Manual Programa de Reactivo Vigilancia.

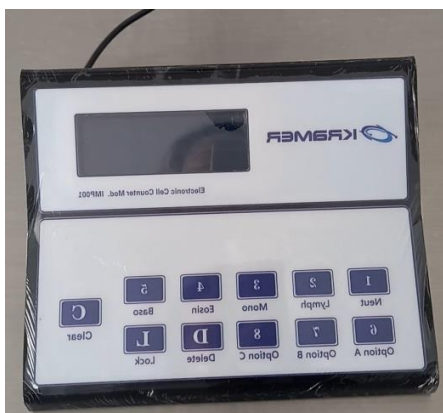
MI-PS-MA-036 Manual de Referencia y Contra referencia laboratorio clínico.

Programa de Reactivo vigilancia: Se logró cumplimiento del 100% en cronograma y plan de trabajo del programa de reactivo vigilancia, con presentación de avances y resultados en comité de seguridad del paciente.



Dotación y compra de equipos:

Se fortaleció la calidad y capacidad diagnóstica con la compra realizó compra de 2 pipetas automáticas marca Boeco, 1 contador de células digital marca Kramer.



También se mejoró la dotación de las diferentes áreas con la compra de diferentes elementos requeridos:

Productos
Laminas excavas de 12 cavidades de vidrio para serología
Placas en acrílico o vidrio para hemoclasificaciones
Gradillas acrílica para 50 tubos de ensayo de 15 ml x 100 mm
Gradillas acrílica para tubos de ensayo de 12 tubos.
Multi taimer para coloraciones
Frascos plásticos con cuello cisne x 250 ml
Soporte en acrílico para laminas portaobjetos
Puente de coloración en acero inoxidable
Frasco dispensador de Alcohol de 160 ml
Frasco dispensador de colorantes de 250 ml
Algodoneras en acero inoxidable con tapa de 1 litro

Adquisición de Insumos y reactivos:

Se realizó la planeación anual de insumos y reactivos con seguimiento y verificación mensual de existencias y consumos, realizando uso racional y adecuado de los recursos disponibles, logrando terminar el año con existencias para funcionar los 2 primeros meses de la vigencia 2024.

Talento humano:

Se cuenta con proceso implementado de inducción y entrenamiento técnico para el personal que ingresa nuevo, para el personal auxiliar de laboratorio capacitación teórico practica y evaluación con aplicación de lista de chequeo y evaluación de adherencia a protocolo de toma, manejo, conservación y transporte de muestras. Duración 3 días, se capacito un total de 22 auxiliares con un cumplimiento del 100% y todas con expedición de certificación de toma de muestras de laboratorio clínico.

El 100% del personal profesional cuento con entrenamiento, evaluación y certificación en competencia de uso de analizadores por asesor científico el proveedor Annar. Duración 16 horas.

Número de horas programadas y laboradas personal de laboratorio Clínico año 2023.

MES	Horas bacteriólogos Planta	Horas bacteriólogos Contrato	Horas Auxiliares Contrato
ENERO	252	660	960
FEBRERO	232	620	960
MARZO	252	660	960
ABRIL	220	640	960
MAYO	240	664	960
JUNIO	188	692	960
JULIO	140	748	960
AGOSTO	151	753	960
SEPTIEMBRE	264	620	960
OCTUBRE	252	660	960
NOVIEMBRE	228	648	960
DICIEMBRE	208	684	960
TOTAL	2.627	8.049	11.520

Para bacteriólogos de contrato se tiene una asignación de 768 horas mensuales, se deja una reserva para poder cubrir vacaciones, permisos e incapacidades del personal de planta. Además, se observa una disminución de horas programadas del personal de planta, debido a que se deben descontar las horas de los días festivos en la programación, las cuales se suplen con el personal de contrato; Actualmente

se cuenta con 2 bacteriólogos de planta una de 8 horas y una de 4 horas, 4 bacteriólogos de contrato y 5 auxiliares de laboratorio de contrato.

SERVICIO FARMACÉUTICO

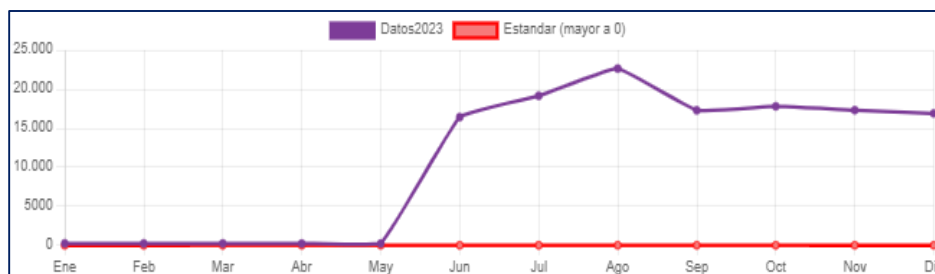
PRODUCCION MENSUAL AÑO 2023

USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS	USUARIOS ATENDIDOS
ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC
4453	4396	4687	4263	5245	5018	4570	5289	4228	4227	4169	3954

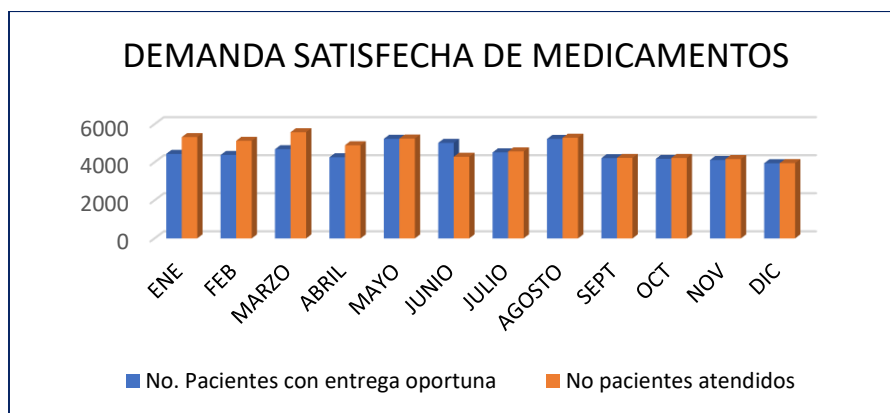
El servicio farmacéutico realizó una dispensación a 54.499 pacientes durante el año 2023 con un promedio mensual de 4.541 pacientes atendido

Indicadores servicio farmacéutico

Cantidad de medicamentos dispensados (Número) se dispensaron



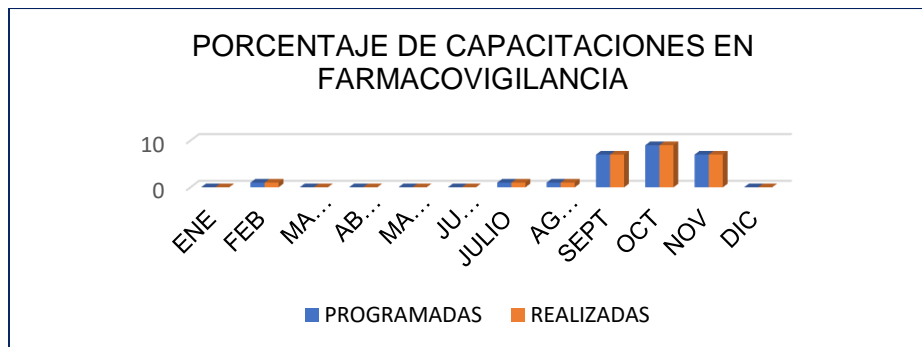
Demanda satisfecha de medicamentos (Porcentaje)



El servicio farmacéutico cuenta con una oportunidad en la entrega de medicamentos del 98.98%

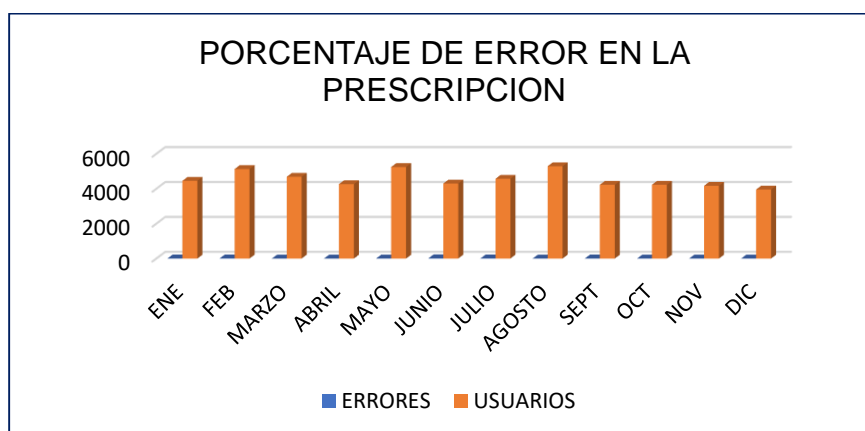
Porcentaje de capacitaciones en farmacovigilancia

En el mes de julio se actualiza el programa de farmacovigilancia institucional, en el año 2023 se programan 26 capacitaciones y se realizan 26 capacitaciones al personal de la institución con un cumplimiento del 100%

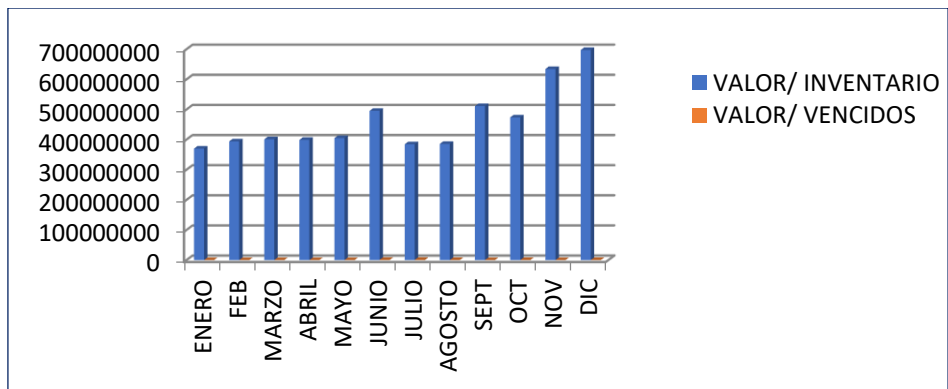


Porcentaje de error de prescripción de medicamentos (porcentaje)

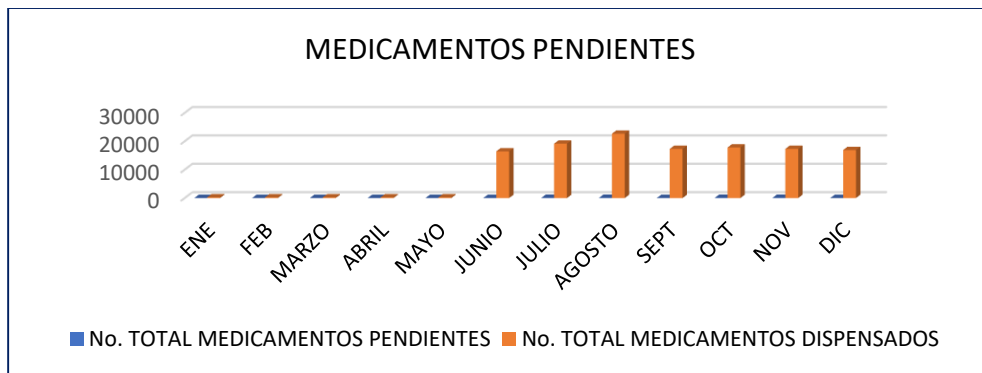
MES DEL AÑO 2023	ERRORES	TOTAL USUARIOS ATENDIDOS
ENERO	6	4453
FEBRERO	10	5127
MARZO	0	4687
ABRIL	0	4263
MAYO	5	5245
JUNIO	15	4299
JULIO	10	4570
AGOSTO	5	5289
SEPTIEMBRE	7	4228
OCTUBRE	3	4227
NOVIEMBRE	3	4169
DICIEMBRE	4	3954



Porcentaje de medicamentos y dispositivos médicos averiados o vencidos



Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos pendientes (días)



El promedio es de 8 días, este indicador se encuentra desviado por que hay medicamentos agotados por desabastecimiento por parte de laboratorios fabricantes el tiempo promedio establecido en la Resolución 1604 es de 48 horas como son:

- NIFEDIPINO 10 MG
- SULFATO FERROSO SOL.ORAL
- CLOTRIMAZOL SOL TOPICA
- COLISTINA-HIDROCORTISONA GOTAS OTICAS

La satisfacción global de los usuarios atendidos en el servicio farmacéutico para el año 2023 corresponde al:

Satisfacción global del servicio farmacéutico año 2023
98.95%

Logros obtenidos en el año 2023

- Mantener la oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos a usuarios que solicitan el servicio. 98.82%
- Realizar capacitaciones en farmacovigilancia, cumplimiento 100%
- Actualización del manual de procedimientos del servicio farmacéutico
- Disponer del personal necesario para la atención del servicio.
- Realizar 12 comités de farmacia y terapéutica programados en 2023

46

Informes generados en el servicio farmacéutico:

El servicio farmacéutico durante la vigencia 2023 informada presentó los siguientes informes:

- **Oficina Contable:**

Cierre Mensual el último día de cada mes.

- **Talento Humano:**

Informe SARLAFT se envía en los 3 primeros días de cada mes.

- **Departamento de calidad:**

Se envía informe de la Resolución 1604 y los indicadores en los primeros 8 días de cada mes

- **Gobernación Fondo Rotatorio del Quindío:**

Ficha Anexo 13 Informe dispensación Medicamentos de Control Especial mes vencido los primeros 10 días cada mes.

Ficha Anexo 5 dispensación de Metadona se envía cada mes a control interno Gobernación cada mes.

- **Farmacovigilancia:**

Reporte de eventos adversos con seguridad del paciente si se presentan durante el mes, se reportan por vigiflow

Sistema de información de Precios de Medicamentos “SISMED”

- **Sistema de información de Precios de Dispositivos Médicos “SISDIS”**

- Informe Trimestral generado en la página del Ministerio de Salud en el correo sismed@minproteccionsocial.gov.co con la información enviada al portal del Sispro del ministerio

Talento Humano servicio Farmacéutico

Urgencias	Regentes	4
Bodega	Regente	1
Ambulatoria hospital sur	Regentes	2
Ambulatoria hospital sur	Regente	1
Líder servicio farmacéutico	Regente	1
Servicio farmacéutico	Regente	1
TOTAL		10

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

USUARIOS ATENDIDOS 2023

 Usuarios atendidos Enero - Diciembre 2023			
Grupo_Edad	Femenino	Masculino	Total general
Menor 1 Año	1.313	1.294	2.607
1 - 4 años	2.757	2.987	5.744
5 - 14 años	5.196	4.924	10.120
15 - 44 años	19.001	10.769	29.770
45 - 59 años	7.766	4.079	11.845
Mayor 60 años	10.562	7.857	18.419
Total general	46.595	31.910	78.505

GESTIÓN DEL ÁREA AMBULATORIA

La dirección técnica ambulatoria como responsable de los procesos en consulta externa, realiza el acompañamiento a cada una de las sedes no solo a través de visitas periódicas a los centros de salud y reuniones bimestrales con las coordinadoras, sino también a través del monitoreo de resultados en la plataforma Torresoft con el propósito de identificar logros, detectar desviaciones, concertar intervenciones y retroalimentar resultados. A continuación, se relacionan algunos de los aspectos más relevantes para este seguimiento.

9.1 Análisis de la capacidad instalada

Para la prestación de los servicios de salud, Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con infraestructura física, distribuida geográficamente, de manera estratégica, 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 de la Política de Atención Primaria en 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



Capacidad Instalada Física y servicios habilitados

La capacidad instalada hace referencia a los recursos habilitados con que cuenta la ESE para prestar sus servicios.

A continuación, se relaciona la capacidad de consultorios habilitados en cada sede

Zona	Sede	Consultorio medico	Consultorio enfermería	Unidad Odontológica	Vacunación (Consultorio)
Urbana	UIS	7	2	6	1
Urbana	CAA del Sur	13	2	4	1
Urbana	Piloto Uribe	3	2	3	1
Urbana	Correa Grillo	3	1	3	1
Urbana	Clarita	4	1	2	1
Urbana	Paraíso	3	1	2	1
Urbana	Santa Rita	1	1	1	1
Rural	Caimo	1	1	1	1

El análisis de la capacidad instalada en este informe se realiza sobre la infraestructura y nos permite realizar una proyección sobre la disponibilidad de espacio para la realización de actividades que oferta la entidad.

Centro de salud	Total, consultorios Médicos	Horas ofertadas /día	Número de pacientes hora estándar	Número de atenciones posibles por día	Total, de consultas posibles en el mes
Unidad Intermedia del Sur	7	8,8	2,5	154	3080
CAA del sur	13	8,8	2,5	286	5720
Correa grillo	3	8,8	2,5	66	1320
Piloto Uribe	3	8,8	2,5	66	1320
Paraíso	3	8,8	2,5	66	1320
Clarita	4	8,8	2,5	88	1760
El Caimo	1	8,8	2,5	22	44
TOTAL	34	300	2,5	748	14.564

Red Salud cuenta con 34 consultorios distribuidos en las diferentes sedes que prestan el servicio, con un promedio de 8,8 horas diarias de oferta (de lunes a viernes) se tiene la capacidad de realizar aproximadamente 14.564 consultas mes, es decir 174.768 consultas año. Sin embargo, si tenemos en cuenta que algunos centros de salud prestan sus servicios 11 horas día y que esta jornada puede extenderse a todas las sedes, entonces tenemos la posibilidad de una oferta mayor a 200.000 consultas al año.

Si observamos el promedio de consultas médicas al mes que equivale a 7.765 podemos concluir que solo se aprovecha el 54% de la capacidad instalada y que si se pudiera contar con mayor recurso humano los resultados de producción serían más satisfactorios.

En relación a consultorios para enfermería, se cuenta con 10 consultorios distribuidos en las diferentes sedes, con un promedio de 8,8 horas diarias de oferta (de lunes a viernes) se tiene la capacidad de realizar aproximadamente 3.216 consultas mes, es decir 52.800 consultas año.

Si observamos el promedio de consultas por enfermería al mes que equivale a 2.400 podemos concluir que se aprovecha el 75% de la capacidad instalada y que si se pudiera contar con mayor recurso humano los resultados de producción serían más satisfactorios.

Centro de salud	Total, unidades odontológicas y de higiene oral	Horas	Número de pacientes hora estándar	Número de atenciones posibles por día	Total de consultas posibles en el mes
UIS	6	8,8	3	158	3160
CAA del sur	4	8,8	3	106	2120
Correa grillo	3	8,8	3	79	1580
Piloto Uribe	3	8,8	3	79	1580
Paraíso	2	8,8	3	54	1080
Clarita	2	8,8	3	54	1080
El Caimo	1	8,8	3	27	540
TOTAL	21	184	3	552	11.040

En el cuadro anterior se presenta la capacidad instalada para la atención en salud oral. calculada con el número de unidades odontológicas ubicadas en cada sede; es importante aclarar que estas unidades son utilizadas tanto para atenciones odontológicas como para higiene oral.

Si se promedia el número de actividades mes en odontología e higiene oral el resultado es de 9300 actividades promedio mes, es decir se tiene un aprovechamiento del 84%, el mejor de toda la capacidad instalada.

Capacidad instalada Vs recurso humano

Para el año 2023 Red Salud Armenia E.S.E cuenta en promedio mes con el siguiente número de horas para la prestación de sus servicios ambulatorios.

RECURSO HUMANO	NUMERO DE HORAS PROMEDIO MES
Médicos	3900
Odontólogos	1500
Enfermeras	1900

Este número de horas excluye el recurso humano asignado a actividades administrativas y representa la disponibilidad para la prestación de servicios en el ámbito ambulatorio.

Para la prestación del servicio con 3900 horas medico mes se requieren 22 consultorios tiempo completo número que es superado con la capacidad actual.

Si se pretendiera el aprovechamiento máximo de la capacidad instalada en las sedes habilitadas actualmente se requiere el siguiente recurso humano:

RECURSO HUMANO	NUMERO DE HORAS PROMEDIO MES
Médicos	5980
Odontólogos e higienistas	3872
Enfermeras	1936

Análisis del indicador de oportunidad

El indicador de oportunidad para consulta médica y consulta odontológica de primera vez, establecidos en la resolución 256, se miden de manera mensual en cada una de las sedes de la red y su resultado y análisis son subidos a la plataforma Torresoft para seguimiento e intervenciones en caso de desviación. En la siguiente grafica se observa como el comportamiento de la oportunidad para consulta de medicina general primera vez.

Estos indicadores de oportunidad, son de difícil control por parte de la coordinación, ya que, la asignación de citas es un proceso a cargo de Mundo Salud.

La oportunidad para consulta médica, se logra controlar gracias a la estrategia de médico al día; para nutrición y psicología la desviación se da debido a que estos profesionales solo hacen presencia una o dos veces por semana en el centro de salud; y odontología se pudiera controlar, con mayor aprovechamiento de la capacidad instalada.

Análisis de producción

La producción muestra los resultados generados por cada uno de los servicios de consulta ambulatoria en la red, se presentan acá los de mayor cantidad consolidando los aportes de cada una de las sedes.

Producción en consulta medica

52



La grafica anterior obtenida en la plataforma torresoft muestra el total de consultas de primera vez y de control realizadas mes tras mes en toda la red, en la vigencia 2023.

A continuación, se muestra el dato numérico por mes y por sede y el consolidado total

Red Salud Armenia														Total Consulta Medica por Centro de Atención - Red Salud 2023	
CentroAteNombre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total	% atención	
Caa del Sur	1.940	1.944	2.083	1.706	2.095	1.686	1.385	1819	2.089	1.905	1679	1.457	21.788	23,7	
Alfonso Correa Grillo	627	568	607	487	572	619	503	578	578	605	583	554	6.881	7,5	
El Caimo	60	48	65	45	34	40	48	19	45	31	29	0	464	0,5	
La Clarita	848	844	839	653	871	738	682	767	757	608	702	551	8.860	9,7	
El Paraiso	609	631	696	542	730	540	356	735	637	748	699	560	7.483	8,2	
Piloto Uribe	1.302	1.312	1.505	1.236	1.519	1.285	1.063	999	1.397	1.344	1281	1.133	15.376	16,8	
Santa Rita	313	340	413	340	364	328	230	259	372	359	347	294	3.959	4,3	
Extramural		20	40	24	52	18	16	42	50	15	48	19	344	0,4	
Unidad Intermedia	2.711	2.347	2.547	1.886	2.391	2.125	1.939	2.029	2.096	2.512	2227	1.785	26.595	29,0	
Total general	8.410	8.054	8.795	6.919	8.628	7.379	6.222	7.247	8.021	8.127	7.595	6.353	91.750	100	

Para el año 2023 se reporta un total de consultas médicas de 91.750, cifra levemente superior a la obtenida en los años 2021 y 2022. Sin embargo, al realizar una revisión comparativa con los años anteriores se evidencia que las consultas del 2023 equivalen solo al 70% o menos de las realizadas en los años anteriores a la pandemia, la causa

principal se puede atribuir al cierre de varios centros de salud, planteando la necesidad de aprovechar al máximo la capacidad instalada de los centros habilitados en la actualidad para poder mejorar la producción de servicios de la entidad.

Ingreso + Control						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
12.991	11.084	11.563	9.308	6.902	6.013	8.410
14.010	11.728	11.716	10.597	8.022	7.150	8.054
15.773	9.965	11.277	7.821	7.926	7.827	8.795
11.668	12.334	10.522	1.689	7.743	6.748	6.919
14.798	11.630	11.880	4.433	8.410	7.713	8.628
13.238	10.008	9.167	5.932	8.715	6.954	7.379
10.098	11.143	11.744	6.794	8.386	6.295	6.222
11.112	11.110	9.269	6.003	8.313	9.000	7.247
10.848	10.907	10.491	7.521	7.528	9.672	8.021
9.566	12.344	10.766	7.572	6.098	7.875	8.127
9.216	10.503	9.180	6.756	6.223	8.109	7.595
7.030	8.928	8.675	6.794	6.408	6.219	6.353
140.348	131.684	126.250	81.220	90.674	89.575	91.750

Producción consulta odontológica:



En esta grafica se observa el total de actividades de odontología realizadas mes tras mes en toda la red, en la vigencia 2023.

Examen Clínico Odontológico							Odontología urgencias							Salud Oral						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
2.158	2.430	2.244	1.963	1.111	1.468	1.829	408	330	206	243	251	184	175	7.171	6.075	251	2.766	3.397	4.251	
2.022	2.292	2.513	2.262	1.412	1.879	1.748	423	276	224	208	314	150	153	7.281	7.637	314	3.777	4.271	4.158	
2.245	1.961	2.315	1.287	1.564	1.937	2.223	376	232	207	199	310	156	188	7.423	8.493	310	4.474	4.460	5.712	
2.052	2.235	2.351	1	1.450	1.825	2.130	268	298	215	263	324	143	163	11.872	9.829	324	4.274	4.513	5.068	
2.457	2.149	2.570	7	1.623	1.820	2.522	333	315	264	409	266	141	197	11.648	12.825	266	3.853	4.752	6.516	
2.254	2.023	1.898	30	1.650	1.579	2.335	361	242	251	386	269	188	177	8.623	8.025	269	4.606	3.886	5.440	
1.658	1.991	2.023	342	1.637	1.658	2.205	347	233	318	434	207	196	162	8.053	8.188	207	4.606	3.616	4.958	
2.122	2.319	1.522	342	1.941	2.085	2.500	362	329	240	377	265	188	196	7.834	7.468	265	5.840	4.564	5.984	
1.840	2.143	1.562	666	1.870	1.537	2.407	345	327	255	465	241	241	174	7.943	6.877	241	5.875	3.852	5.165	
1.888	2.233	1.921	872	1.722	1.428	2.386	277	279	252	349	219	188	166	8.636	7.355	219	5.211	4.465	5.637	
1.724	1.836	1.419	918	1.561	1.640	1.975	290	244	195	298	199	189	155	8.356	5.671	199	5.666	4.311	4.975	
1.193	1.621	1.229	850	1.309	1.208	1.444	230	234	213	250	177	126	107	4.544	4.679	177	3.556	3.122	3.585	
23.613	26.233	23.567	9.540	18.860	20.064	25.704	4.020	3.339	2.840	3.881	3.042	2.090	2.013	99.390	93.122	3.042	54.504	49.209	61.509	

La producción en el área de odontología muestra muy buenos resultados con tendencia positiva en el cuadro comparativo

Producción enfermería



Consulta Enfermería (Ingreso - Control)		
2022	2023	% Crec
1.527	2.094	27%
2.076	2.007	-3%
2.164	2.131	-2%
1.683	2.177	23%
1.855	2.641	30%
1.789	2.484	28%
1.617	2.159	25%
2.096	2.532	17%
1.965	2.570	24%
1.814	2.617	31%
1.814	2.631	31%
1.534	1.949	21%
21.934	27.992	28%

54

La producción de servicios en enfermería muestra un crecimiento del 28% en relación al año inmediatamente anterior lo que resulta muy significativo si tenemos en cuenta que la mayor parte de consultas de estos profesionales están enfocadas a las rutas integrales de atención en salud, principal responsabilidad de la IPS de baja complejidad.

ODONTOLOGÍA

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de la institución prestadora de servicios de salud garantizar los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención a los pacientes.

1. Talento Humano

Centro de salud	Odontólogo de planta	Odontólogo de contrato	H oral planta	H.oral contrato	Auxiliares de consultorio planta
UIS	4	2	0	3	1
C.S CAA SUR	4	2	1	1	2
C.S PILOTO URIBE	2	1	1	1	0
C.S LA CLARITA	1	1	1	0	1
C.S PARAISO	1	1	1	1	0
C.S CORREA GRILLO	2	0	0	2	0
SANTA RITA	0	2	0	0	1
EXTRAMURAL	0	1	1	1	0
TOTAL DE PROFESIONALES	14	10	5	9	5

2. **Capacidad instalada** (suficiencia para la prestación del servicio odontológico y salud oral):

En relación a la suficiencia de equipos (unidades odontológicas) para la prestación del servicio actualmente cumple aclarando que hay disponibilidad de horas en:

Correa Grillo: en las tardes disponibilidad de cuatro (4) horas.

El Caimo: se presta la atención solo los días miércoles en vigencias anteriores estaba programado los días martes y viernes donde en la jornada de la mañana agendamiento para odontología y en la tarde de higiene oral.

UIS: 12 horas de disponibilidad (una (1) unidad de higiene oral en la tarde y dos (2) unidades de Odontología en horas de la tarde)

3. **Tiempo de consulta**

TIEMPOS PROGRAMACIÓN AGENDAS ODONTOLOGICAS E HIGIENE ORAL	
ACTIVIDAD	TIEMPO DE CONSULTA
Valoraciones / urgencias	20 minutos
Evaluación y seguimiento	10 minutos
Operatoria dental	20 minutos
Exodoncia permanente	30 minutos
Pulpectomia	30 minutos
Endodoncia unirradicular	60 minutos
Control de placa bacteriana	10 minutos
Topicación de barniz de flúor	10 minutos
Aplicación de sellantes	20 minutos
Detartraje	20 minutos

Estos tiempos de consulta fueron ajustados el pasado 9 de julio del 2021, después de reunión de concertación con las delegadas de odontología para los

PROCESO	CAA SUR	CAIMO	CORREA GRILLO	LA CLARITA	PILOTO URIBE	PARAISO	SANTA RITA	UIS
ODONTOLOGIA	3	1	2	1	2	1	1	4
HIGIENE ORAL	1	0	1	1	1	1	0	2

procedimientos de exodoncias y pulpectomía con la finalidad de prestar un servicio de calidad y eficiencia.

4. **Producción**

Toda la consulta odontológica que se ha programa durante la vigencia de 2023 a corte del mes de noviembre, ya sea valoraciones odontológicas por ruta de atención integral en salud (P y D) o tratamientos curativos (Morbilidad).

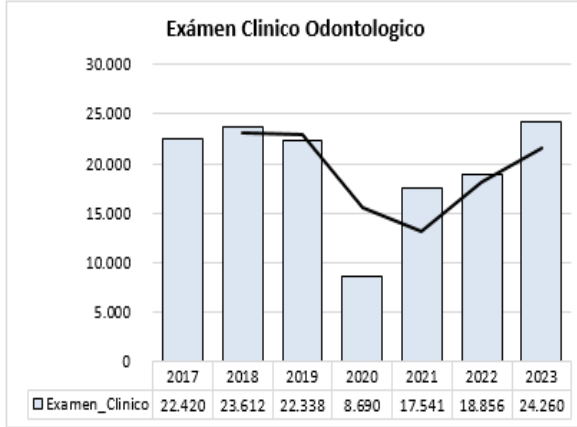
Red Salud Armenia														
Consulta Odontología Programada por Centro de Atención - Red Salud 2023														
CentroAtenNombre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	total	gener % atención	
Caa del Sur	357	283	419	389	437	447	480	560	462	485	379	4.698	19,4	
Alfonso Correa Grillo	234	191	213	221	211	244	204	282	241	244	192	2.477	10,2	
El Caimo	17	9	20	20	15	14	13	4	20	9	6	147	0,6	
La Clarita	129	137	170	124	189	171	153	194	201	212	169	1.849	7,6	
El Paraiso	170	147	145	132	175	143	148	204	188	209	134	1.795	7,4	
Piloto Uribe	405	432	574	552	630	553	486	495	463	532	502	5.624	23,2	
Santa Rita	87	120	107	73	80	93	124	131	126	135	116	1.192	4,9	
Extramural			177	227	294	145	133	163	293	203	79	1.714	7,1	
Unidad Intermedia	430	429	398	392	491	525	464	467	413	357	398	4.764	19,6	
Total general	1.829	1.748	2.223	2.130	2.522	2.335	2.205	2.500	2.407	2.386	1.975	0	24.260	100



Fuente: Registro Individual Prestación de Servicios (Departamento de Información y Registro)
Actualizado Diciembre 04 de 2023

En la vigencia del 2021 a corte de noviembre se realizaron 17.541 consultas odontológicas, para la vigencia 2022 se programaron 18.856 y para la última vigencia 2023 las consultas odontológicas programadas fueron de 24.260 lo que representa un incremento del 21% respecto a los años anteriores, lo que indica que se ha mejorado notablemente en las consultas por el servicio de Odontología.

Se venía con un promedio de 23.000 exámenes clínicos odontológicos anuales en donde, para la vigencia del 2018 se iniciaron las valoraciones por rutas de acuerdo con la resolución 3280/18, teniendo en cuenta las frecuencias según grupo poblacional logrando 25.233 valoraciones; pero a partir del 2020 este disminuye todo a su vez por efectos de la pandemia. A partir del 2021 se mejora notablemente la consulta ya que se inicia la demanda inducida por medio de bases de datos, donde los usuarios son llamados y motivados para que hagan uso de los servicios de la institución, para la vigencia 2022 se continua con la demanda logrando mejorar la consulta odontológica, respecto a los años anteriores, sin embargo, cabe resaltar que para la vigencia 2023 a corte del mes de noviembre es el año que más consulta odontológica a realizando en los últimos 7 años.



Examen Clínico Odontológico							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ene	2.158	2.430	2.244	1.963	1.111	1.468	1.829
Feb	2.022	2.292	2.513	2.262	1.412	1.879	1.748
Mar	2.245	1.961	2.315	1.287	1.564	1.937	2.223
Abr	2.052	2.235	2.351	1	1.450	1.825	2.130
May	2.457	2.149	2.570	7	1.623	1.820	2.522
Jun	2.254	2.023	1.898	30	1.650	1.579	2.335
Jul	1.658	1.991	2.023	342	1.637	1.658	2.205
Ago	2.122	2.319	1.522	342	1.941	2.085	2.500
Sep	1.840	2.143	1.562	666	1.870	1.537	2.407
Oct	1.888	2.233	1.921	872	1.722	1.428	2.386
Nov	1.724	1.836	1.419	918	1.561	1.640	1.975
Dic							
Total	22.420	23.612	22.338	8.690	17.541	18.856	24.260

El curso de vida de mayor intervención fue adultez con 5.439 consultas de primera vez por odontología, esto debido que es la población de mayor afluencia presencial en los centros de salud. Los cursos de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud también muestran buena asistencia debido a que, se cuenta con una odontóloga permanente que está realizando valoraciones odontológicas de extramural en los establecimientos educativos, lo que ha permitido captar pacientes, para ser atendidos posteriormente en los diferentes centros de salud y la Unidad intermedia del Sur.

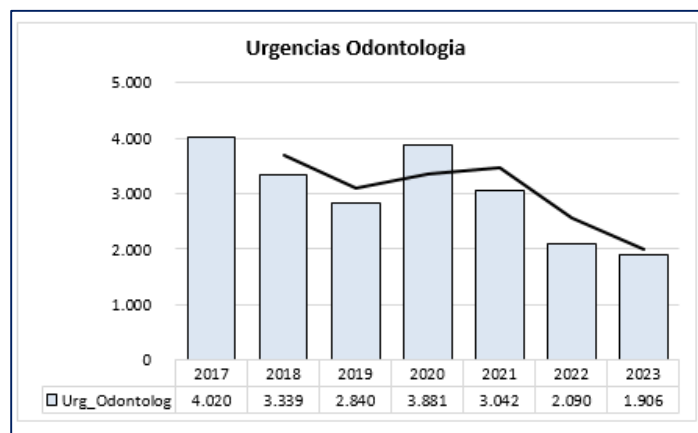
Actividades Facturadas por Rutas 2023												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	
Primera Infancia												
890203 PI CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL PRIMERA INFANCIA	318	328	345	360	333	330	320	355	323	281	271	3.564
Infancia												
890203 I CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL INFANCIA	219	193	272	321	387	300	296	356	336	286	207	3.173
Adolescencia												
890203 A CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL ADOLESCENCIA	193	170	243	207	341	325	283	272	333	264	184	2.815
Juventud												
890203 J CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL JUVENTUD	211	165	229	244	274	248	229	247	257	305	224	2.633
Adultez												
890203 AD CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL ADULTEZ	344	371	485	426	554	529	528	602	537	575	488	5.439
Vejez												
890203 V CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL VEJEZ	142	156	216	220	319	320	248	274	260	290	234	2.679
Atencion Prenatal												
890203 AE EXAMEN CLINICO ODONTOLOGICO ALTERACIONES DEL EMBARAZO	47	45	81	82	93	99	85	96	67	64	60	819

Urgencias Odontológicas

Para la vigencia 2021 disminuye con respecto a la vigencia 2020, atendiendo 3.042 urgencias, un promedio de 12 atenciones día distribuidos en los 5 centros de atención; sin embargo; la atención de urgencias disminuyo en la vigencia 2022, y para la última vigencia 2023 las consultas de urgencias continúan en descenso lo que es representa un buen indicador, ya que, los pacientes que acuden al servicio se captan para ser atendido por la ruta de atención integral en salud, lo que representa valoraciones odontológicas y actividades de higiene oral, donde los pacientes que realmente requerían una atención prioritaria fueron 1.906.

Se clasifican como urgencias la pericoronaritis, patología pulpar inflamatoria, infecciones odontogénicas, gingivitis y periodontitis ulcero necrotizante, trauma

dentó alveolar y complicaciones post exodoncia. Todas ellas presentan como síntoma principal el dolor las cuales deben ser a lo menos evaluadas a través de un examen intra oral para un adecuado tratamiento siendo así de la única manera que se ha logrado disminuir ya que el desalajo de obturaciones no todos son urgencializados.



Salud Oral

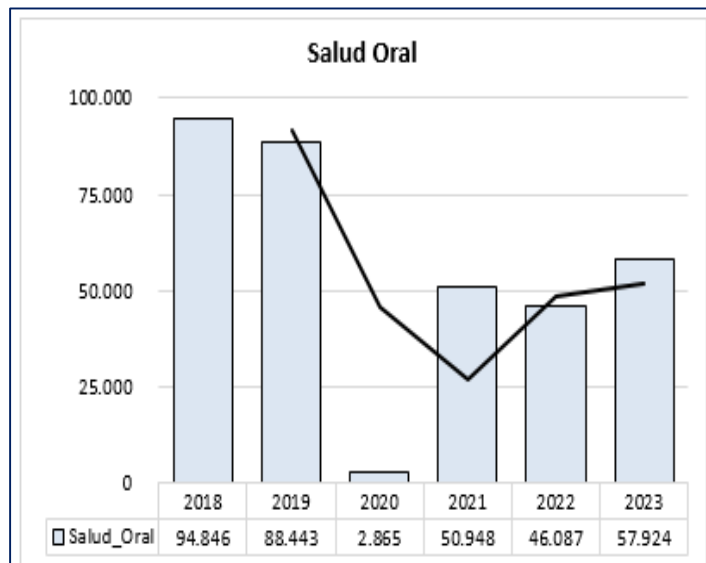
Las actividades de salud oral se realizan intramural y extramural, donde todos los usuarios que asisten a valoración odontológica son captados para realizarles las actividades de higiene oral, que corresponden a control de placa bacteriana, aplicación de sellantes, Topicación de barniz y Detartraje, para las actividades extramurales se cuenta con unidad móvil para ir a las diferentes instituciones educativas y cuando se realizan brigadas de salud en las diferentes comunas de la ciudad, donde se realiza educación en salud oral y sus respectivas actividades de pyd a los diferentes cursos vida.

CentroAteNombre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Total general	% atención
Caa del Sur	879	660	1.094	898	1.150	945	886	1046	927	1012	776	10.273	17,7
Alfonso Correa Grillo	701	493	840	783	788	866	672	841	680	717	617	7.998	13,8
El Caimo	31	22	37	13	0	14	35	10	21	21	13	217	0,4
La Clarita	564	475	420	652	689	630	692	738	414	686	608	6.568	11,3
El Paraiso	324	242	347	254	369	369	326	915	578	786	592	5.102	8,8
Piloto Uribe	730	824	983	977	1.085	929	784	835	803	957	972	9.879	17,1
Santa Rita	227	296	197	148	164	267	248	259	250	282	212	2.550	4,4
Extramural		3	598	409	924	301	330	568	765	603	474	4.975	8,6
Unidad Intermedia	795	1.143	1.196	934	1.347	1.119	985	772	727	633	711	10.362	17,9
Total general	4.251	4.158	5.712	5.068	6.516	5.440	4.958	5.984	5.165	5.697	4.975	57.924	100

En esta vigencia 2023 a corte de noviembre aumenta gracias a la suma de esfuerzos de todo un equipo interdisciplinario como lo es: Mundo Salud, las auxiliares de demanda inducida en los diferentes centros de salud y el apoyo de la

coordinación de odontología para realizar esta demanda, ya que al compararlo con los años anteriores las actividades han aumentado en un 18%.

Salud Oral						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ene	7.171	6.075	251	2.766	3.397	4.251
Feb	7.281	7.637	314	3.777	4.271	4.158
Mar	7.423	8.493	310	4.474	4.460	5.712
Abr	11.872	9.829	324	4.274	4.513	5.068
May	11.648	12.825	266	3.853	4.752	6.516
Jun	8.629	8.025	269	4.606	3.886	5.440
Jul	8.053	8.188	207	4.606	3.616	4.958
Ago	7.834	7.468	265	5.840	4.564	5.984
Sep	7.943	6.877	241	5.875	3.852	5.165
Oct	8.636	7.355	219	5.211	4.465	5.697
Nov	8.356	5.671	199	5.666	4.311	4.975
Dic						0
Total	94.846	88.443	2.865	50.948	46.087	57.924



59

Intervenciones Establecimientos educativos

- Número de establecimientos educativos intervenidos: 25
- Número de estudiantes intervenidos: 2.443
- Número de estudiantes Efectivos: 1.832
- Total, de actividades facturadas (Valoración odontológica, control de placa bacteriana y topicaciones de barniz de flúor): 5.461
- Porcentaje de efectividad: 78%

- Número de jornadas realizadas: 12
- Número de personas intervenidas: 189
- Número de personas efectivas: 142
- Total, de actividades facturadas: 285
- Porcentaje de efectividad: 82%

Las actividades realizadas por los higienistas extramurales fueron facturadas a los centros de salud de acuerdo con el perímetro del establecimiento educativo y otras facturadas a extramural.

Registro fotográfico de diferentes intervenciones en el 2023 en los diferentes establecimientos educativos y jornadas realizadas con el PIC en la ciudad de Armenia:



ESTRATEGIAS:

1. Dar continuidad a las intervenciones a los establecimientos educativos, adquirir la base de datos de los estudiantes a tiempo para verificar frecuencia de uso y afiliación EAPB para así minimizar el reporte de glosas generadas en apoyo del departamento de registro e información.
2. Recurso Humano suficiente para la realización de las actividades contempladas en la resolución 3280/2018 logrando aumentar la cobertura de la población.
3. Continuidad con la demanda vía telefónica por medio de la base de datos geo-referenciada para ser programados en la consulta intramural y así garantizar agendamiento por rutas tanto para odontólogos como para higienistas orales.
4. Sustitución de pacientes con pacientes que apliquen para la ruta de salud oral.
5. Contar con horas suficientes para cubrir vacaciones permisos y licencias del personal de planta.
6. Coordinar con las instituciones educativas con las cuales se cuente con convenio docencia-servicio, el refuerzo de actividades asistenciales en higiene oral.

7. Contar con equipamiento suficiente para la realización de actividades y así brindar seguridad a nuestros usuarios.
8. Continuar con las jornadas de los sábados para impactar con la estrategia Nacional “Soy generación más sonriente” Es una estrategia en la cual se promueven las prácticas de autocuidado y la aplicación de barniz de flúor como mecanismos para reducir progresivamente la historia de caries dental mediante el incremento de la cobertura de niños y niñas.

PROCESO PROMOCION Y PREVENCION – RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RIA PMS) 2023

La Ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RIA PMS), consta de seis cursos de vida, a los que se les ofrece atención integral en consulta con medicina, valoración odontológica, actividades para la detección temprana de cáncer (mama, próstata, cérvix y colon y recto), atención para la planificación familiar y anticoncepción, higiene oral, vacunación, educación en salud, siendo estos los que la entidad ha venido ejecutando en forma progresiva y gradual.

La ESE continuando con el proceso de implementación, seguimiento y monitoreo de las intervenciones normadas por el nivel nacional, en el presente año ha ejecutado actividades que dan respuesta a la gestión integral, de tal forma que logre dar cumplimiento a la normativa y a las obligaciones contractuales; para lo cual dispone de un equipo de profesionales y técnicos, los cuales tienen actividades definidas, así.

Dos profesionales de enfermería; que realizan gestión integral a estos seis cursos de vida, como también a algunos eventos de interés en salud pública.

Tres auxiliares de enfermería encargadas del proceso de información de las actividades prestadas y una ingeniera de sistemas quien tiene a cargo manejar las bases de datos y casos individuales reportados por las EPS para identificar que actividades tienen pendientes, georreferenciar y entregar para las acciones de demanda inducida a la líder de este proceso en la entidad.

Se realizaron gestiones transversales al proceso y se implementaron algunas acciones dentro de las cuales, se destacan:

El funcionario del departamento de información y registro, realizo la proyección de estimaciones para las actividades de la RIA PMS, por centro de salud y posteriormente se socialización de las mismas al 100% de los centros de salud, por los diferentes correos electrónicos.

Diseño e implementación de lista de chequeo para el monitoreo en la implementación de la RIA PMS y el diligenciamiento de la HCL, para los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez, ya que para primer infancia e infancia se realiza auditoría integral (medicina y enfermería) por profesional médico.

Elaboración de cronograma para las visitas de monitoreo y seguimiento a los centros de salud para aplicar la lista de chequeo, socializar resultados de auditoría, cumplimiento de estimaciones de la RIA PMS y el reporte de novedades y cierre de casos de P y P.

Capacitaciones:

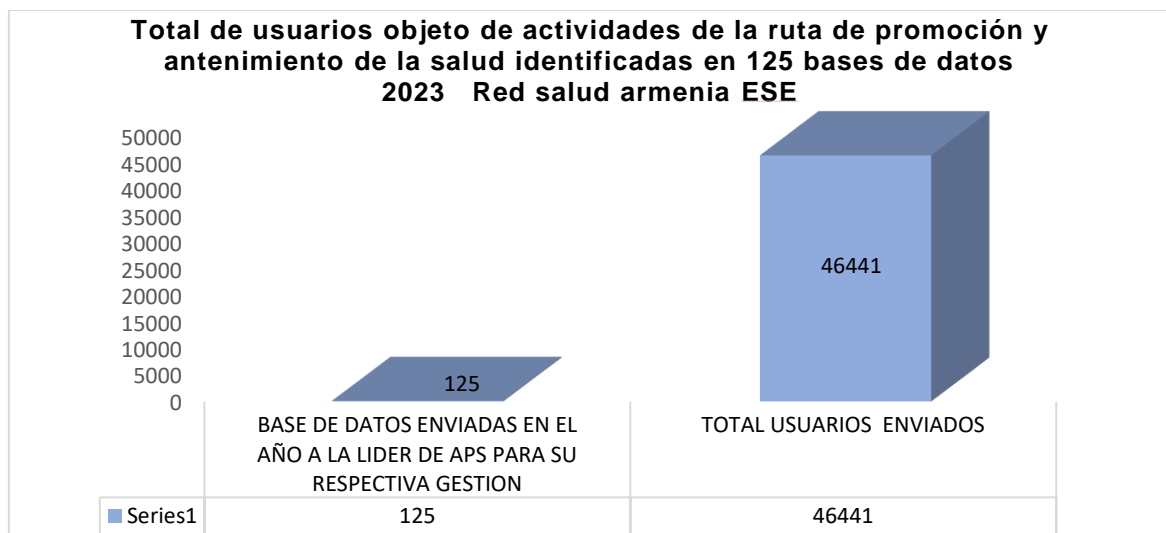
Tres jornadas de capacitación a médicos y enfermeras en el sistema de información de las actividades de las RIAS PMS y MP (resoluciones 202 y 2175).

Dos jornadas de capacitación en la aplicación de la EAD – 3 por medio de una entidad externa en forma virtual, dirigida a médicos y enfermeras.

Una capacitación virtual a través de la plataforma Torresoft, en lo relacionado a la Política IAMI y AIEPI, con su respectiva evaluación.

Participación en procesos de capacitación realizadas por las EPSs y entidades territoriales en temas relacionados con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

Proceso de identificación y reporte de actividades para realizar demanda inducida:



Al 100% de los usuarios registrados en las 125 bases de datos (bases de datos de población, egresos hospitalarios, partos, víctimas de conflicto armado, personas con discapacidad y casos individuales), se les identificó las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud pendientes de realizar, se georreferencia y se entregan a la líder de demanda inducida para que realicen el contacto con los usuarios objeto de las actividades y los canalicen a las actividades, según corresponda.

Actividades a las que se dio continuidad para mejorar la calidad del dato en lo relacionado con las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y por lo tanto la evaluación de indicadores de las RIAS PMS y MP:

- Reporte periódico a líderes de procesos y a nivel directivo de las inconsistencias detectadas en la validación de la información normada por el nivel nacional y EPS (Resolución 2175/15, Resolución 202/21, sistema de información de tamizaje de cáncer de cérvix)
- Participación en el 100%, de las reuniones convocadas por las EPS, en la ejecución contractual y actividades de gestión del riesgo.
- Participación en los comités oncológicos mensuales realizados por EPS Sanitas: se presenta información de la gestión desde las competencias de la ESE, para la tamización para cáncer (exámenes, ordenados, realizados, alterados) y casos de estudio cuando corresponde.
- Gestión para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes con resultados alterados correspondiente a los tamizajes normados en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Gestión para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes que son reportados por las EPS ante un evento de interés en salud pública o que estuvieron hospitalizados por cualquier causa.
- Se implementó nuevamente a partir del mes de septiembre, la realización de muestreo de RIPS en forma semanal para poder impactar en la calidad del dato y por lo tanto mejorar el desempeño de los indicadores mediante los cuales las EPS, miden la implementación de las RIA PMS.

PRINCIPALES HALLAZGOS GENERADOS EN EL PROCESO DE LOS MUESTREOS A LOS PROFESIONALES			
2DO SEMESTRE 2023	PROCESOS	ASISTENCIAL	
		EVOLUCION HC CON OTRO INGRESO	ODONTOLOGIA - HIGIENE ORAL
MEDICA	208		
ENFERMERIA	18		
SIN SOPORTE DE HC	ODONTOLOGIA - HIGIENE ORAL		385
	MEDICA		25
	ENFERMERIA		6
EVOLUCION EN PLANTILLA DIFERENTE A LA ACTIVIDAD FACTURADA	ODONTOLOGIA	0	
	MEDICA	28	
	ENFERMERIA	7	

PRINCIPALES HALLAZGOS GENERADOS EN EL PROCESO DE LOS MUESTREOS AL AREA DE FACTURACION		
2DO SEMESTRE 2023	PROCESOS	FACTURACION
	Error en el nombre del profesional, se solicita modificar por la Dra. Lorena Ortiz Alarcon	25
	FACTURAN 2 VECES EL MISMO CODIGO CUPS	8
	Error en el codigo CUPS, se solicita modificar al 890203 A	18

Gestión integral en la tamización para detección temprana de cáncer de cérvix vigencia 2023.

El proceso de tamización para este evento se tiene contratada la toma de la muestra con las cuatro EPS (Asmet salud, nueva EPS, sanitas y sura); sin embargo, Asmet salud no contrato la lectura. La ESE garantiza la gestión integral desde su competencia y acorde a las minutas contractuales; es así que se realiza seguimiento para el reporte oportuno de resultados y socialización de estos a las usuarias con mayor prioridad a los resultados positivos, notificando a las EAPB donde están las usuarias en forma inmediata por E-mail para que se dé continuidad en la atención.

Total de citología tomadas	Negativas	Alterada	Muestras Insatisfactorias
5113	4852	252	11
	95%	5%	0.21%

En la vigencia se tomaron 5113 citologías con un porcentaje de citologías alteradas del 5% y un porcentaje de 0.21% de insatisfactorias. Se garantizó gestión oportuna al 100%

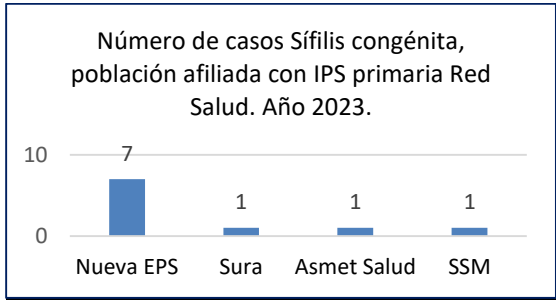
Actividades realizadas salud infantil 2023

En relación a las gestiones de riesgo realizadas en cuanto a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud en los cursos de vida de primera infancia e infancia, se han enfocado en los menores con diagnóstico de sífilis congénita, sospecha de hipotiroidismo congénito, casos de desnutrición aguda moderada o severa, violencia de género reportada tanto por las EAPB como por el área de epidemiología; así como usuarios reportados por las EAPB en cuanto a egresos hospitalarios y casos específicos para asegurar adherencia a la ruta 3280 de promoción y mantenimiento de la salud.

Seguimiento a casos de sífilis congénita

Todo lo relacionado con sífilis congénita es un proceso que va de la mano con el área de prenatal y epidemiología, guiado por la estrategia ETMI PLUS donde se trabaja de manera conjunta en el momento de la identificación del caso de sífilis gestacional, posterior a esto los controles y manejo terapéutico de la gestante y por último la información del menor al momento del parto y si fue diagnosticado con sífilis congénita donde allí se le plasma el seguimiento trimestral que se debe realizar en el primer año de vida del menor.

A la fecha la E.S.E cuanta con 10 casos diagnosticados con sífilis congénita durante el año 2022 y 2023 de los cuales ocho (8) están identificados y con seguimiento serológico en rangos normales, sin reinfección. Y dos (2), no han podido ser localizados para los controles correspondientes, tienen seguimiento en historia clínica y/o correo electrónico. Así mismo se revisa y entrega información a APS para asignación de intervenciones por curso de vida.

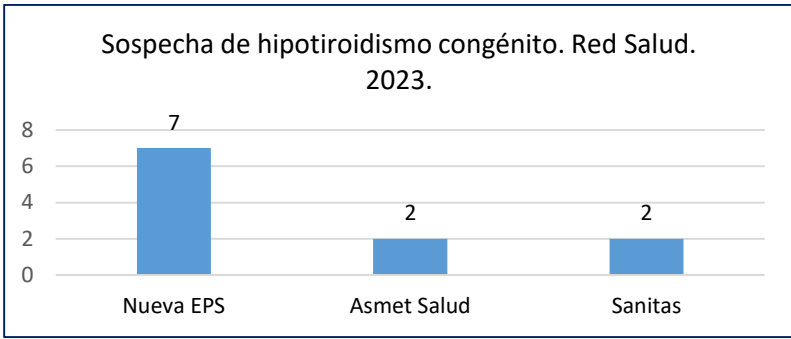


Fuente: Seguimiento institucional ETMI PLUS

Seguimiento a casos de TSH neonatal alterado

Se recibe por parte de las EAPB el reporte de laboratorio de TSH neonatal, y se registra en base de datos. Se hace trazabilidad para gestionar ordenamiento de exámenes complementarios y valoración por pediatría. En la mayoría de los casos ya esta gestión de solicitud ha sido realizada en la institución donde nace el menor. Muchos de los casos aun pasando con Pediatría, no define la situación. Se está a la espera de organizar el proceso y revisar cada caso para definir confirmación y/o descarte del evento. Menores que también son canalizados para RPMS.

A la fecha la E.S.E cuenta con 11 casos con sospecha de hipotiroidismo congénito. A la espera de la confirmación o descarte del evento.



Fuente: Base institucional

Seguimiento a casos de violencia

Por medio del correo electrónico llegan casos reportados por las EAPB en relación a violencia sexual o de género donde de manera interdisciplinar se realizan las gestiones en cuanto a atención en salud mental y actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

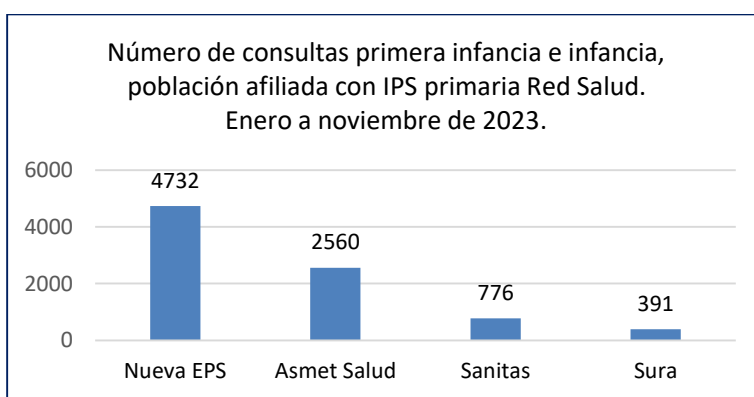
Todos los usuarios reportados por el área de epidemiología y/o EAPB, fueron revisados, y de acuerdo a intervenciones pendientes de la ruta, se notificaron a personal APS para la asignación de las citas correspondientes.

Seguimiento a consultas de primera infancia e infancia

De manera mensual se reporta a cada EAPB las consultas de valoración integral de primera infancia e infancia realizadas en la institución, a través del diligenciamiento

de una plantilla en Excel que contiene información relacionada de la consulta, con el objetivo de que las entidades sepan la población que ha sido captada en este rango de edad.

Esta información es de las consultas realizadas hasta el mes de noviembre del presente año donde se logra visualizar que la EAPB con mayor número de consultas es Nueva EPS teniendo 4732 lo que corresponde al 56% del total; seguido de Asmet Salud con el 30% que equivalen a 2560 atenciones. Y con menor porcentaje se encuentra Sanitas con 9% (776 consultas) y por último Sura con 391 atenciones, para un 4.6%. Aunque se han realizado varias consultas a esta población, aún falta captar un gran porcentaje de los menores, se resaltar el trabajo del personal APS, que contribuye al incremento en el agendamiento de estas atenciones.



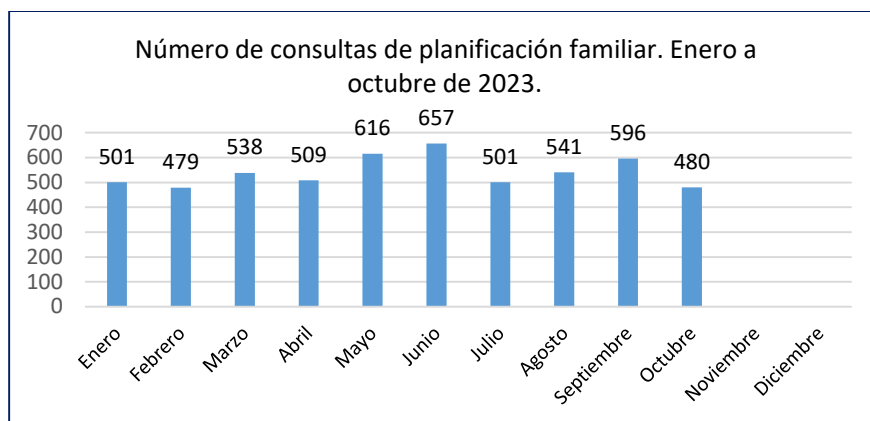
Fuente: Base de consultas de primera infancia e infancia.

Seguimiento a casos de desnutrición aguda moderada y severa

Para el año 2023 iniciamos con 10 casos para seguimiento los cuales no se habían recuperado en el año anterior y se han reportado a la fecha 27 casos nuevos de menores en proceso de desnutrición aguda moderada y severa, para un total de 37 casos para seguimiento. Pendiente revisión completa de la base de datos para depurar cada caso y definir recuperación.

Desde el programa de salud infantil y materno perinatal, se está retomando la implementación de las estrategias IAMI y AIEPI. Ya se planteó la política de ambas estrategias y en el segundo semestre fue aprobada la Estrategia AIEPI. Se inició con el proceso de socialización de la política, a través de la plataforma Torresoft, en donde se da a conocer a los profesionales y técnicos todo lo relacionado al asunto, así como la correspondiente evaluación.

Planificación familiar:



Fuente: Cohorte de planificación familiar.

En el reporte de enero a octubre de 2023, se han prestado 5.418 consultas de planificación familiar donde 2.135 consultas fueron de ingreso y 3.283 fueron controles de planificación familiar, se envía una base mensual mediante correo electrónico los primeros 10 días del mes (excepción en noviembre que está en proceso) a las EPS con las cuales se tiene contrato (Asmet Salud, Nueva EPS, Sanitas y Sura). En la base se verifica la calidad del dato. Se realiza demanda inducida al programa de planificación mediante la utilización de bases de datos internas y externas, gestión de casos, novedades y cierres de caso a población objeto.

Indicadores de evaluación PYD:

Las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal cuenta con indicadores definidos en la resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS dentro de la minuta contractual define los indicadores con los cuales evalúan el cumplimiento de las minutas contractuales relacionadas con estas rutas, pero la ESE definido que de todos estos se realizaría seguimiento y evaluación mediante la plataforma torresoft, solo a 34 indicadores, de los cuales se cumple con corte a noviembre con 15 representados mayoritariamente en los indicadores de la ruta materno perinatal y 19 que no se cumple que miden la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Todos los desviados fueron analizados con la estrategia 6M y se formula plan de mejora que se socializa en el comité de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal, como también a la subgerencia científica y dirección técnica ambulatoria mediante la plataforma torresoft. Las principales causales se pueden resumir en que no hay suficiencia para las actividades de la RIA PMS: capacidad instalada, talento humano para contactar a toda la población objeto de demanda inducida, talento humano asistencias para agendar oportunamente a la población que es contactada para estas actividades y un hardware que no supe las necesidades del talento humano

Principales logros

Se cumplió al 100% con la evaluación y socialización de resultados a cada centro de salud del cumplimiento de estimaciones asignadas, como también de evaluación de la captura y reporte de novedades y cierre de casos.

Se han realizado el 100% de los comités de promoción y mantenimiento de la salud, programados para la vigencia; espacio donde se presenta los aspectos más relevantes, dentro de la gestión; como indicadores, demanda inducida, planes de mejora suscritos en los comités EPM, calidad del sistema de información, para análisis y toma de decisiones.

Ejecución Del 100% de los comités EPM (equipos primarios de mejoramiento) programados para la vigencia; espacio donde se analiza los indicadores seleccionados para medición mensual y formulación de plan de mejora, como también socialización de temas direccionados por la líder de mejoramiento continuo.

Cumplimiento a las capacitaciones programadas en un 100%

Se ha dado cumplimiento al 100% de los reportes de la información de las intervenciones de la RIA PMS y MP, según Resolución 202/2021 a las EPS de enero a diciembre 2023: en los tiempos y frecuencias establecidas.

Se ha dado cumplimiento al 100% de los reportes de la información, según Resolución 2175 de 2015: Información que se carga directamente a SISPRO; en los tiempos y frecuencias establecidas.

Respuesta a glosas técnicas de P y D: Se ha revisado el 100% de las glosas entregadas por ASMET SALUD, se ha dado respuesta en tiempos establecidos.

Seguimiento al riesgo a los principales eventos de la ruta de PyMS

Mensualmente se han reportado el 100% las cohortes requeridas por las diferente EPSS y entidad territorial:

- Cohorte de realización para tamizaje de cáncer de próstata (Tacto rectal y PSA ordenados) y los resultados de usuarios de Sanitas, entidad con la cual se contrató la lectura.
- Cohorte para tamizaje de cáncer de colon y recto (ordenamiento para el laboratorio de sangre oculta en materia fecal y resultado solo a Sanita, entidad con la cual se contrató la lectura.
- Cohorte de ordenamiento de mamografías
- Cohorte “Conoce tu resigo” (Asmet Salud)
- Cohorte de planificación familiar
- Cohortes de seguimiento a casos de desnutrición aguda moderada y severa en la población menor de 5 años: En este tema se tiene la cohorte normada por la secretaria de salud departamental y las definidas por la EPSs (sanitas y asmet salud)
- Seguimiento institucional ETMI PLUS, a los niños con diagnósticos de sífilis congénita.

- Cohorte de gestantes. Igual se ingresa información en las plataformas de algunas EPS que lo requieren

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

La vacunación como medida preventiva primaria ha demostrado ser una de las intervenciones en salud pública extraordinariamente costo efectivas, reduciendo tanto la mortalidad como la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles.

En Colombia, estas enfermedades se han reducido sustancialmente debido a las altas coberturas históricas de vacunación y a que el país cuenta con uno de los esquemas de vacunación más completos de las américas que incluye 22 biológicos que protegen contra 30 enfermedades como sarampión, fiebre, amarilla, varicela, COVID-19, entre otras, que son aplicadas sin costo para las diferentes poblaciones objeto del PAI.

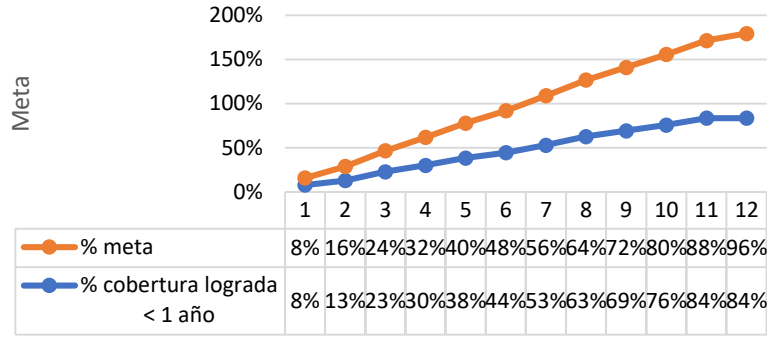
Población objeto del PAI 2024

- Población infantil menor de 6 años.
- Niñas de 9 a 17 años.
- Mujeres gestantes.
- Mujeres en edad fértil de 10 a 49 años (MEF)
- Población susceptible para fiebre amarilla.
- Población susceptible para Covid-19.

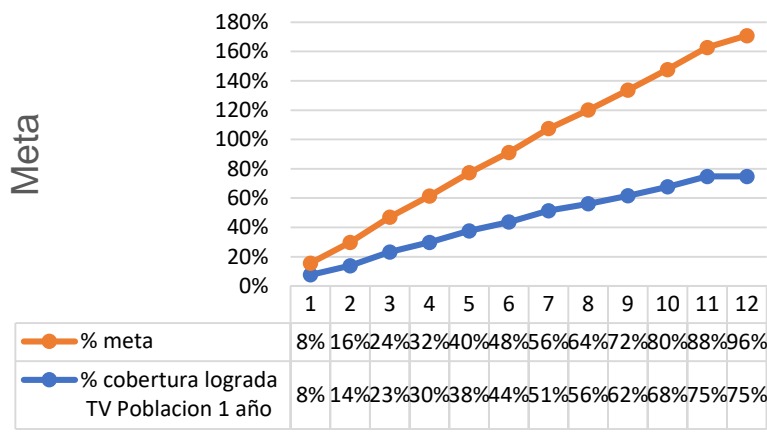
Análisis de indicadores

Se realiza presentación de indicadores medidos y analizados a través de la plataforma Torresoft y que por los resultados obtenidos presentan desviación, en el programa ampliado de inmunizaciones; de manera inicial se presenta el total de dosis aplicadas por mes y por régimen del año 2023. (Tal como se evidencia en las tablas y graficas adjuntas) Así mismo, se da inicio a la presentación de los indicadores de DPT en niños de 5 años, TV de un año y refuerzo de TV de 18 meses, segundas dosis de VPH en niñas de 9 años y Td en MEF. Se hace hincapié en la desviación mayor que se evidencia en DPT y refuerzo de TV, puesto que son los indicadores en los cuales se debe trabajar para no perder la aplicación de estos biológicos en la población asignada. Se evidencia también un aumento en el cumplimiento del indicador de primeras dosis y primer refuerzo en niños de 1 año.

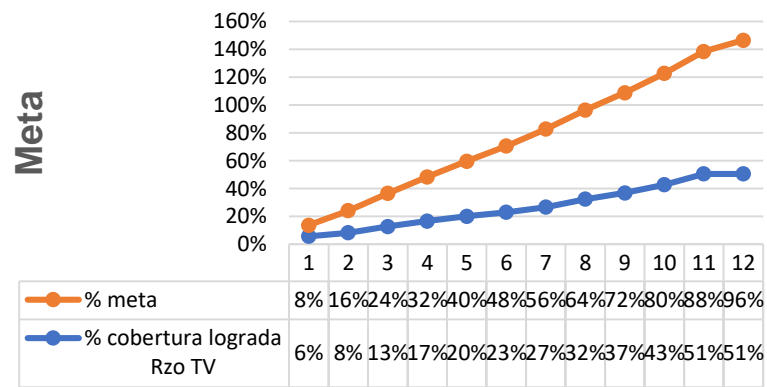
Terceras dosis de Pentavalente en menor de 1 año

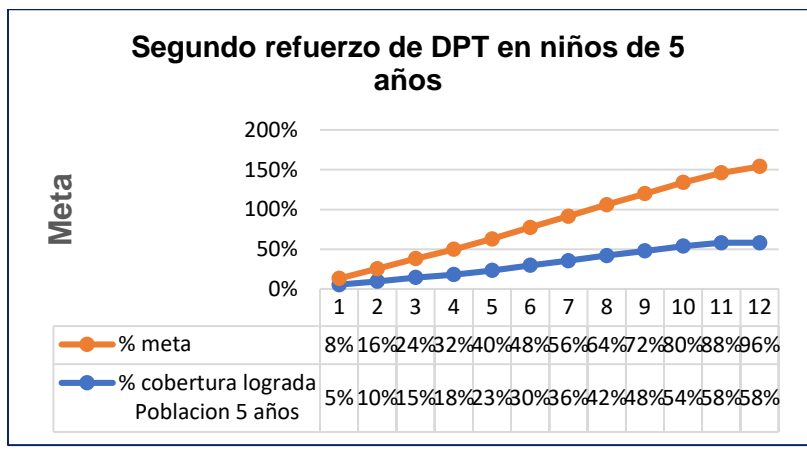
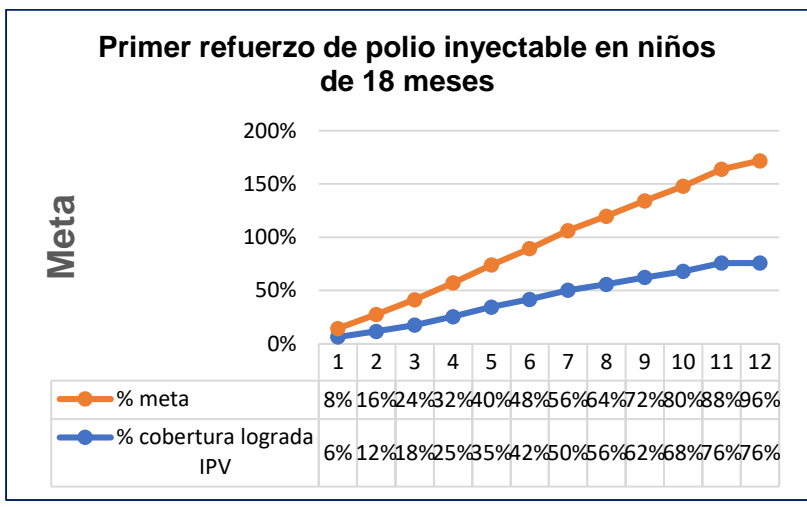


Primeras de triple viral en niños de 1 año



Refuerzo de triple viral en niños de 18 meses





Estrategias nuevas implementadas

- Alianzas con centros de bienestar del adulto mayor.
- Alianzas con las instituciones educativas.
- Una auxiliar adicional para la vacunación domiciliaria.
- Jornadas de vacunación extramurales programadas por la Secretaria de Salud Municipal.

Logros alcanzados

Los logros identificados y alcanzados durante el año 2023, en el desarrollo de las actividades del programa ampliado de inmunizaciones y de acuerdo a los resultados evidenciados el día de hoy, a continuación, se relacionan los puntos identificados por todo el equipo:

- La adherencia a los cambios en el esquema que fueron socializados desde el mes de enero de 2023, situación que facilita el cumplimiento del indicador de terceras dosis de pentavalente en los menores de 1 año, primeras dosis de triple viral en niños de 1 año, refuerzo de triple viral en niños de 18 meses, refuerzo de polio inyectable en niños de 18 meses.
- Se consolidó el programa ampliado de inmunizaciones, con el programa de Covid-19.
- Intensificación en la búsqueda de los niños de 5 años.
- Jornadas extramurales, con la estrategia de casa a casa por los diferentes barrios vulnerables del municipio de Armenia.
- Puestos de vacunación en sitios estratégicos durante las Jornadas Nacionales de Vacunación.
- La optimización del recorrido de las dos personas que realiza las visitas domiciliarias pues se ha logrado el direccionamiento de usuarios a los diferentes puntos de la red, lo que facilita el recorrido para visitas a población vulnerable y que se les dificulta el traslado hasta un centro.
- La extensión que ha tenido el programa ampliado de inmunizaciones por el municipio de Armenia y sus correspondientes comunas, teniendo punto fijo de vacunación en los diferentes centros de salud, que limitan con las mismas, como Centro de Salud Piloto Uribe, Correa Grillo, La Clarita, Santa Rita y CAA del sur, así mismo asistiendo cada 15 días a los Centros de Salud del Caimo y El Paraíso.
- Optimización de la atención en vacunación en el programa ampliado de inmunizaciones con la población asignada a la IPS.
- Enlaces con diferentes entes, para la programación de jornadas extramurales de vacunación (CDI, Centros de bienestar del adulto, Instituciones educativas).

Registro fotográfico:



Demanda inducida

Con el objetivo de proporcionar una visión integral y precisa de las auxiliares de demanda inducida en cada centro de salud perteneciente a Red Salud Armenia, me dirijo a usted con el propósito de presentar un informe detallado. En el siguiente cuadro esta diligenciada la información de cada una de las auxiliares de demanda inducida: lugar en el que se encuentra, nombre completo, número de cédulas, teléfono y correo electrónico. Y posterior a esto información específica de demanda inducida

AUXILIARES DEMANDA INDUCIDA				
CENTRO DE SALUD	NOMBRE	NO. CEDULA	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
UIS	SULID MAYA LONDOÑO	25020111	3143376854	sulidmaya@gmail.com
LA CLARITA	MONICA SERNA ANGULO	41957230	3184499432	dicslaclarita@gmail.com

CORREA GRILLO	LUISA FERNANDA ORDOÑEZ HERRERA	1088019536	3203577529	luisafernandaordonez42@gmail.com
PILOTO URIBE	CRISTINA MARCELA LOPEZ	25023789	3155427402	cspilotouribe@redsaludarmenia.gov.co
CAA DEL SUR	EVELYN VANESA QUINTERO	1002543056	3148218829	
PARAISO	YENNIFER ASLEY PACHON	1097402530	3153416883	yenniferpachon25@gmail.com
CAIMO/EXTRAMURAL	MAXIEL	49607086	3007604337	dicaimoextramural2023@gmail.com

La auxiliar encargada de la población indígena, Nasli Gironza, ha llevado a cabo visitas domiciliarias a los cabildos indígenas ubicados en diversos barrios de la ciudad, tales como Las Colinas, Gaitán, El Salvador Allende, Miraflores, La Mariela, El Recuerdo, Nuevo Armenia, Puerto Espejo, el corregimiento El Caimo y Los Álamos. Realizo seguimiento a 11 gestantes durante el año 2023 y ejecuto 4 jornadas de vacunación contra Hepatitis B, primeras y segundas dosis de la vacuna contra el COVID-19, dirigidas a las comunidades de Yanacunas, Ingas, Embera Chami y Quichuas. El viernes 26 de mayo se llevó a cabo una jornada para la aplicación de la tercera dosis de la vacuna en la población Embera Chami del corregimiento El Caimo. También participo en jornada de salud en Miraflores dirigida a la población indígena Embera Katio. Asimismo, participó en una jornada realizada los días 16, 17 y 18 de mayo en colaboración con la Secretaría de Salud en la Comuna 4, que incluyó pruebas de malaria.

Además, la labor de esta auxiliar también abarca la autorización de remisiones con especialistas en la respectiva EPS, el reclamo de medicamentos y su entrega en los domicilios de los pacientes. Además, se encarga de gestionar citas médicas, odontológicas, de ruta, de control de enfermedades cardiovasculares, de laboratorio, de radiografías y electrocardiogramas. También realiza recordatorios de citas en cada domicilio, realiza seguimiento al esquema de vacunación y al control de crecimiento y desarrollo en menores de edad, y supervisa a los usuarios que padecen tuberculosis y malaria.

Por otra parte, la auxiliar de El Caimo y extramural es la encargada de demanda inducida, filtro, facturación y asistencia a médico y enfermera en las actividades que se llevan a cabo en el centro de salud del caimo y en las jornadas extramurales que se realizan.

Comparativa demanda inducida por mes

COMPARATIVO DE REPORTE DE DI POR MESES									
MESES	EFFECTIVAS	%	CIERRE DE CASO	%	RECHAZADAS	%	ERRORES	%	TOTAL
sep-22	2.430	73%			677	20%	226	7%	3.333
oct-22	3.219	73%			943	21%	226	5%	4.388
nov-22	3.286	68%			1.385	29%	148	3%	4.819
dic-22	2.585	66%			1.124	29%	209	5%	3.918
ene-23	4.424	74%			1.357	23%	160	3%	5.941
feb-23	4.123	71%			1.580	27%	145	2%	5.848
mar-23	4.765	74%	14	0%	1.313	20%	321	5%	6.413
abr-23	4.201	76%	13	0%	1.060	19%	266	5%	5.540
may-23	4.355	78%	7	0%	1.040	19%	167	3%	5.569
jun-23	5.703	76%	1	0%	1.501	20%	298	4%	7.498
jul-23	6.794	69%	1	0%	2.963	30%	82	1%	9.840
ago-23	5.797	79%	0	0%	1.456	20%	101	1%	7.354
sep-23	4.022	55%	0	0%	530	36%	672	13%	5.224
oct-23	6.678	55%	0	0%	977	36%	513	6%	8.168
nov-23	5.420	88%	0	0%	305	10%	41	1%	2927

Durante el período comprendido entre los meses de enero a noviembre, cada una de las auxiliares de los centros de salud de Red Salud Armenia ha llevado a cabo el seguimiento de la demanda inducida, tanto en términos de su efectividad, como de las ocasiones en que ha sido rechazada o ha surgido por error.

Las estrategias utilizadas para la demanda inducida están enfocadas en:

- Abordaje a la población que asiste a algún servicio y es captada para otras actividades pendientes de PyD.
- Depuración de bases de datos de usuaria

los datos recopilados sobre la demanda inducida en los meses de enero a noviembre no reflejan de manera precisa y exacta la totalidad de los casos y atenciones brindadas en los centros de salud de Red Salud Armenia. Esta falta de precisión en el análisis de la demanda inducida puede tener un impacto significativo en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de la organización.

Para abordar esta problemática, se están implementando modificaciones en la plataforma DINAMICA de Red Salud, específicamente en la historia clínica de demanda inducida. Estas modificaciones permiten a las auxiliares ingresar la información directamente en este módulo, lo cual garantizará una recopilación de datos más precisa y veraz.

Para abordar esta problemática, se están implementando modificaciones en la plataforma DINAMICA de Red Salud, específicamente en la historia clínica de demanda inducida. Estas modificaciones permiten a las auxiliares ingresar la información directamente en este módulo, lo cual garantizará una recopilación de datos más precisa y veraz; la modificación también incluye la identificación de

necesidades de educación a la población usuaria con el propósito que sirvan de insumo para la ejecución de las actividades educativas establecidas en las RIAS

Desde el mes de abril se estableció un día para la realización del carrusel de la salud en todos los centros de salud de la red, los cuales han ayudado para la captación y agendamiento de las actividades de promoción y prevención. Sin embargo, es de destacar el resultado obtenido por el centro de salud Piloto Uribe en donde se tiene implementado el carrusel como una estrategia cotidiana lo que genera gran impacto en productividad y producción.

A partir del mes de julio se inició la ejecución de brigadas extramurales haciendo uso de la unidad móvil adquirida por la entidad, se trata de llegar a comunidades algo distantes de un centro de salud mejorando así el acceso a los servicios.



PROGRAMAS INSTITUCIONALES

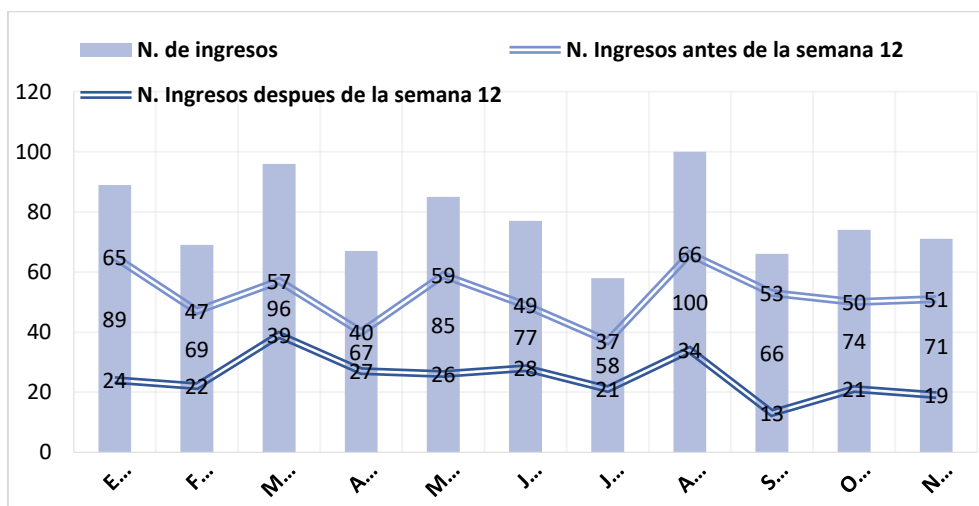
Programa de Gestación y Parto con Amor

El programa de gestación y parto con amor durante el año 2023 ha desarrollado la gestión a través de las siguientes estrategias:

Captación temprana de las gestantes

Durante el presente año hasta el mes de noviembre, se han identificado 852 mujeres en edad fértil que se encontraban en estado de gestación, inscritas en el programa

de gestación y parto con amor, de las cuales a 574 se les realizó la consulta de primera vez en Red Salud Armenia ESE u otra IPS a nivel nacional o internacional, a más tardar en la semana 12 de gestación.



Fuente: Censo departamental de Red Salud ESE/ RIPS

Esto se ha logrado gracias a las siguientes estrategias:

- **Seguimiento base de datos de pruebas de embarazo institucional:** las cuales son reportadas diariamente desde laboratorio para una captación temprana, se realiza gestión telefónica para el ingreso al programa CPN dentro del tiempo oportuno; de enero a noviembre del año 2023 se reportaron 434 pruebas de embarazo positivas de las cuales 275 usuarias ingresaron a control prenatal (63%), 37 usuarias presentaron evento obstétrico (aborto) antes del ingreso a controles (8%), 57 usuarias se quedaron sin ingreso a CPN a pesar del seguimiento y algunas no se encontraban embarazadas (13%), 48 usuarias tenían afiliación a EAPB contributivas, por lo que se notificaron a su respectiva referente (11%) y 17 usuarias tenían EAPBS de otros departamentos por lo que se verificó si la usuaria requería portabilidad y se solicitó dicho trámite (4%).
- **Seguimiento base de datos de pruebas de embarazo extra institucional:** las EAPBS reportan pruebas de embarazo positivas realizadas en laboratorios ajenos a la institución para garantizar así un ingreso oportuno a CPN, por lo que se ha garantizado el 100% de seguimiento telefónico a estas pacientes y los ingresos respectivos.
- **Ingreso sin laboratorios a valoración médica:** desde el año 2021 se realizó cambio en el ingreso de las gestantes, donde se cambiaron en aquellos casos que van a superar el indicador el ingreso sin los laboratorios y la evolución de los mismos en el transcurso de la semana siguiente.
- **Seguimiento de los eventos de interés en salud pública** Se realiza seguimiento a los siguientes eventos de interés en salud pública: sífilis

gestacional y congénita, violencia, morbilidad materna extrema, muerte materna, VIH en gestantes, muerte perinatal, Covid-19 y defectos congénitos, así como a la toxoplasmosis en el embarazo e interrupción voluntaria del embarazo, de esta forma, se verifican las atenciones, se realiza la gestión del riesgo, se programan las valoraciones correspondientes o se notifica a la EPS para el apoyo en las valoraciones y demás, así mismo, en relación a la sífilis gestacional y congénita se diligencian las fichas ETMI Plus para todas las EPS y se envían mensualmente con el reporte de la información.

- **Seguimiento al riesgo y estrategia de demanda inducida.**

Se realiza diariamente el proceso de seguimiento a las usuarias no asistentes a control prenatal, laboratorios en el Centro de Atención Ambulatorio del Sur, consultas especializadas como ginecología y ecografía obstétrica, y se deja registro en HC de la gestión realizada, así mismo de gestantes priorizadas por alto riesgo obstétrico como diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes, entre otras. Además de lo anterior, se realiza el seguimiento a todas las usuarias reportadas por sala de partos, ya sea porque fueron remitidas a otras instituciones, porque no han ingresado a control prenatal, etc.

Igualmente se realiza seguimiento a las usuarias que solicitan atención preconcepcional para garantizar un control oportuno y un embarazo más controlado, también se realiza seguimiento mensual a las fechas probables de parto, para garantizar atención oportuna post evento obstétrico, en la consulta de puerperio y recién nacido. En cualquiera de los casos que se identifique alguna necesidad especial, se notifica los casos a las EAPB que corresponda y al programa de salud sexual y reproductiva de la Secretaria de Salud Municipal de Armenia para su apoyo en el seguimiento, sobre todo en los casos de las gestantes migrantes o con problemas psicosociales.

- **Socialización con los médicos del programa**

Se dispuso un espacio con los médicos del programa para realizar la retroalimentación respectiva de temas de interés y también sobre las auditorías realizadas por las diferentes entidades con el fin de impactar la calidad del registro de historias clínicas, así mismo, se cuenta con la participación de otros actores que fomentan los espacios para la adquisición de conocimientos y el afianzamiento de los ya adquiridos.

Plan de choque de la muerte materna

Semanalmente se diligencia las estructuras entregadas por el Ministerio por cada EPS como plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en el país, para la EAPB Sanitas, Sura y Nueva EPS se carga directamente en la plataforma establecida que es SIGIRES; para la EAPB Asmet Salud se entrega la estructura

establecida más el censo vía correo electrónico para que ellos mismos realicen el cargue en la plataforma que destinaron para tal fin.

Gestión documental del programa

En lo corrido del año 2023 se están realizando las últimas correcciones realizadas al Manual del programa, la política IAMI e AIEPI y la ficha operativa de la ruta Materno Perinatal por el área de calidad, los cuales se enviaron a planeación para ser versionadas y subidas al repositorio institucional, además durante el año se continua la implementación de la estrategia IAMI.

Promoción del programa

Con el área de comunicaciones se difundió por todas las redes sociales de la ESE las consultas ofrecidas en el programa además de la invitación al curso psicoprofiláctico, de igual forma, durante lo corrido del año se ha realizado la recolección de fondos y recursos que son entregados a las gestantes en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Programa de Atención Domiciliaria PADO:

Durante el año 2023 se realizaron un total de 407 atenciones de pacientes con criterio de atención domiciliaria, para un total de 130 usuarios activos en el programa

Las 3 EPS con las que se tiene convenio son Asmet, Sanitas, y Sura.

En el siguiente cuadro se relaciona la población atendida en consulta domiciliaria por mes y por EPS

EPS	ene	feb	mar	abr	mayo	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
ASMET	39	27	23	26	34	22	23	31	20	31	22	18	101
SANITAS	2	2	1		2	3		4	5	1	4	6	13
SURA	4	5	4	3	4	6	2	4	6	1	6	6	16
Total general	45	34	28	29	40	31	25	39	31	33	32	30	130



Pacientes que salieron del programa por diversas causas:

- 1- Cambio de municipio de residencia
- 2- Cambio de Eps
- 3- Cambio de prestador G8- cuidarte, ambulancias armenias
- 4- Fallecieron
- 5- No cumple criterios para PADO
- 6- Cambio de régimen
- 7- Hospitalizados

Durante el transcurso del año hubo un total de 29 pacientes que fallecieron.

Toma de laboratorios programa de atención domiciliaria.

Se presenta reporte junio – noviembre 2023

MES	TOTAL LABORATORIOS TOMADOS
JULIO	4
AGOSTO	16
SEPTIEMBRE	NO SE CUENTA CON INFORMACION
OCTUBRE	1
NOVIEMBRE	12
DICIEMBRE	7

Certificación discapacidad contrato secretaria de salud municipal

Se dio cumplimiento al contrato interadministrativo entre el municipio de armenia secretaria de salud y red salud ESE para la realización del procedimiento y

expedición de la certificación de discapacidad conforme a los lineamientos que determina la resolución 1239 de 2022 emitida por el ministerio de salud y protección social 2022 “por medio del cual se autorizan las instituciones prestadoras de servicios de salud que realizaran el procedimiento de certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad RLCPD.

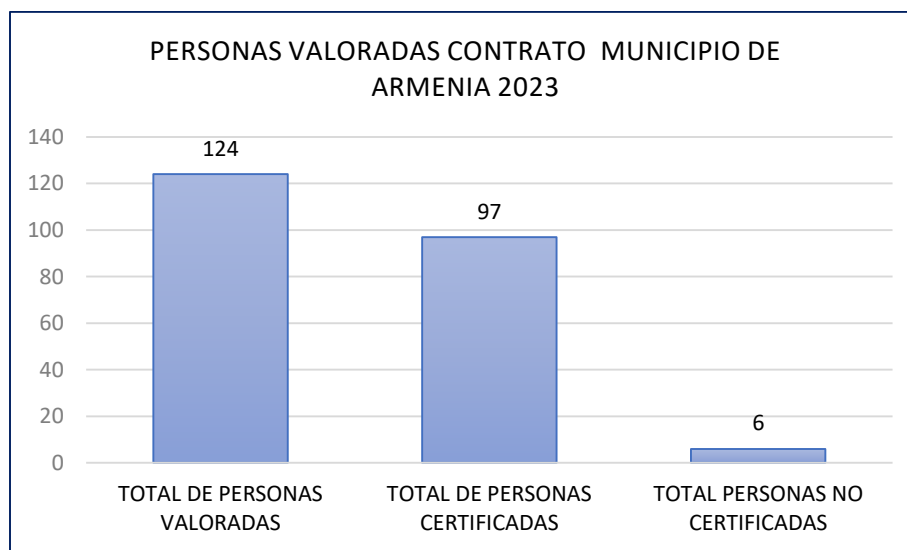
Durante la vigencia del año 2023 que dio inicio a la ejecución del contrato a partir del 09 de mayo de 2023 y culmino al 29 de noviembre de 2023 se logró el cumplimiento a las siguientes actividades:

TOTAL, CODIGOS GENERADOS MINISTERIO: 181

TOTAL, DE PERSONAS VALORADAS: 165

TOTAL, DE PERSONAS CERTIFICADAS: 155

TOTAL, PERSONAS NO CERTIFICADAS: 10



El equipo multidisciplinario estuvo conformado por:

- 1- MEDICO GENERAL
- 2- PSICOLOGO
- 3- TRABAJADOR SOCIAL

Los días establecidos para la valoración de esta población fueron los martes, miércoles y jueves. Personas valoradas según el tipo de atención:

INSTITUCIONAL: 156 personas valoradas

DOMICILIARIA: 9 personas valoradas

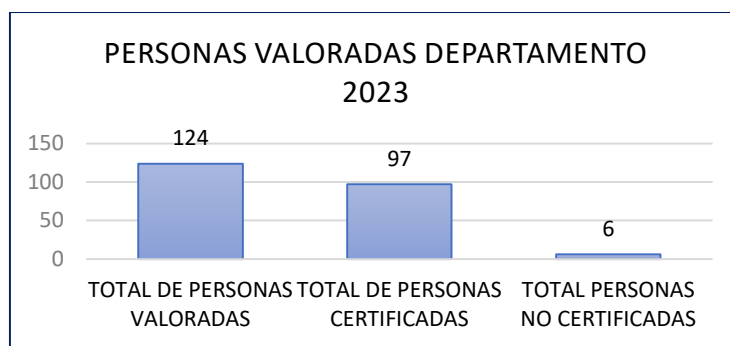
Certificación discapacidad contrato secretaria de salud departamental

CODIGOS GENERADOS MINISTERIO: 124

TOTAL, PERSONAS VALORADAS: 103

TOTAL, PERSONAS CERTIFICADAS: 97

TOTAL, PERSONAS NO CERTIFICADAS: 6



Personas valoradas según el tipo de atención:

INSTITUCIONAL: 103 personas valoradas

DOMICILIARIA: 0 personas

Dentro de las causas por los cuales quedaron pendientes 26 códigos fueron los siguientes:

- 1- No se lograron ubicar, por múltiples factores inherentes a la institución (cambio de teléfono, número no correspondía, etc.)
- 2- Se realizaron visitas a domicilio anunciadas y cuidador no se encontraba para entregar soportes
- 3- Se citaron en más de 2 ocasiones y no asistieron
- 4- Asistían y no llevaban soportes tipo exámenes, historia clínica, etc.
- 5- Se encontraban hospitalizados
- 6- Se generó código por error a cuidador
- 7- Fallecido
- 8- Se rechazó código por error del equipo certificador.

EPS	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	Total general
ASMET	39	27	23	26	34	22	23	31	20	31	22	18	101
SANITAS	2	2	1		2	3		4	5	1	4	6	13
SURA	4	5	4	3	4	6	2	4	6	1	6	6	16
Total general	45	34	28	29	40	31	25	39	31	33	32	30	130

Pacientes que salieron del programa por diversas causas:

- 8- Cambio de municipio de residencia
- 9- Cambio de Eps
- 10-Cambio de prestador G8- cuidarte, ambulancias armenias
- 11-Fallecieron
- 12-No cumple criterios para PADO
- 13-Cambio de régimen
- 14-Hospitalizados

Durante el transcurso del año 2023 fallecieron 29 pacientes del programa

Toma de laboratorio programa de atención domiciliaria

MES	TOTAL LABORATORIOS TOMADOS
JULIO	4
AGOSTO	16
SEPTIEMBRE	NO SE CUENTA CON INFORMACION
OCTUBRE	1
NOVIEMBRE	12
DICIEMBRE	7

Logros alcanzados PADO

- Oportunidad en el agendamiento en la cita de control trimestral
- Equipo asistencial comprometido con la labor asistencial
- Experiencia exitosa para los usuarios y sus familias
- Oportuna gestión en la toma de laboratorios
- Mayor remisión de usuarios por parte de la EPS SURA.
- Eficiencia en los recursos, con óptima calidad en la atención.
- Mayor acercamiento entre Médico- paciente- familia

Atención adultos mayores CBA

Se dio cumplimiento al 100% del contrato interadministrativo entre el municipio de armenia a través de la secretaría de desarrollo social y red salud armenia ESE para la atención de adultos mayores vulnerables que requerían acompañamiento social, el cual dio inicio el 5 de julio de 2023 y finalizo el 1 de noviembre para la atención de 39 adultos mayores.



Alimentación	Atención de 39 adultos mayores por parte del personal de enfermería 24 horas al día los 7 días de la semana.
Aseo	
Baño	
Vestido	
Movilidad personal	
Sueño y descanso	
Insumos bioseguridad	

La prestación del servicio dio cumplimiento al acompañamiento 24 horas del día durante toda la ejecución del contrato, para cada una de las asistencias básicas requeridas.



LOGROS ALCANZADOS CBA

- Dar cumplimiento en un 100% al objetivo del contrato durante las vigencias establecidas
- Pago total de la ejecución del contrato

Programa Riesgo Cardiovascular:

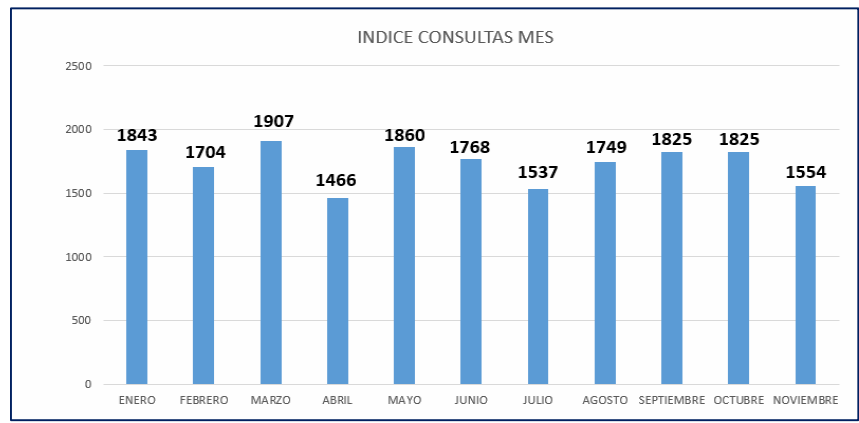
El programa de RCV se desarrolla en Redsalud Armenia como respuesta al perfil de morbimortalidad identificado en la IPS y se consolida como el punto de partida para la implementación de la ruta de riesgo cardiovascular y metabólicas.

TOTAL, CONSULTAS DEL PROGRAMA RCV, COMPARATIVO AÑO 2022-2023

CONSULTAS REALIZADAS POR RCV-2022	
ENERO	1406
FEBRERO	1657
MARZO	1757
ABRIL	1294
MAYO	1529
JUNIO	1481
JULIO	1473
AGOSTO	1798
SEPTIEMBRE	1855
OCTUBRE	1700
NOVIEMBRE	2009
DICIEMBRE	1435
TOTAL	19394

CONSULTAS REALIZADAS POR RCV-2023	
ENERO	1843
FEBRERO	1704
MARZO	1097
ABRIL	1466
MAYO	1860
JUNIO	1768
JULIO	1537
AGOSTO	1749
SEPTIEMBRE	1798
OCTUBRE	1804
NOVIEMBRE	1554
DICIEMBRE	
TOTAL	18180

Según comparativo, se evidencia que para el año 2022 con corte a noviembre se tuvo una asistencia a consultas del programa de RCV de 17.959 usuarios, frente a 18.180 usuarios atendidos en el mismo periodo de 2023 lo que significa mayor captación y/o mayor adherencia de los usuarios al programa.



Para el año 2022 el programa de RCV, estaba instaurado en todos los centros de salud, siendo los de mayor volumen de consulta la UIS, y el CAA del sur; para finales de este año se concentró el programa en la UIS, contando con un enfermero líder del programa, 1 auxiliar de enfermería, 4 médicos exclusivos para la atención de los pacientes, toma de paraclínicos, ayudas diagnósticas y dispensación de medicamentos en un solo punto para garantizar accesibilidad, oportunidad y mejor calidad en la atención.

Es importante aclarar que los centros de salud siguen realizando consultas de RCV a los usuarios que así lo soliciten, pero los demás servicios se encuentran concentrados en la UIS.

Adherencia por centros de salud.

Para el año 2022 el programa de RCV, estaba instaurado en todos los centros de salud, donde la mayoría de consultas se realizaban en la UIS, y CAA DEL SUR, en el 2023 se concentró todo el programa en la UIS, contando con médicos exclusivos para la atención de los pacientes y la posibilidad de ayudas diagnósticas y

dispensación de medicamentos en un solo sitio con el fin de proporcionar mejor accesibilidad y mayor satisfacción de los usuarios.

CONSULTAS DE RCV REALIZADAS EN CENTROS DE SALUD.2022	
UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	7723
CAA DEL SUR	3494
PILOTO URIBE	2757
LA CLARITA	2551
PARAISO	1577
CORREA GRILLO	1161
SANTA RITA	74
CAIMO	55
EXTRAMURAL	2

CONSULTAS DE RCV REALIZADAS EN CENTROS DE SALUD.2023 CON CORTE AL MES DE NOVIEMBRE	
UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	12286
CAA DEL SUR	781
PILOTO URIBE	2658
LA CLARITA	2110
PARAISO	934
CORREA GRILLO	795
SANTA RITA	267
CAIMO	84
EXTRAMURAL	2

86

Como se evidencia para el año 2023 con corte al mes de noviembre disminuyen notablemente las consultas a los centros de salud, y aumentan en la UIS, centralizándose más el programa.

El programa de RCV, tiene contrato actualmente con cuatro EPS, en la siguiente tabla se observa el número de usuarios de cada una de ella que consulto en el periodo 2023

CONSULTAS POR EPS	
NUEVA EPS	8646
ASMET SALUD	6627
SANITAS	2426
SURA	2219

Gestiones Realizadas por parte del programa de RCV y logros obtenidos

- **Identificación de los pacientes, por Diagnóstico y por Clasificación de Riesgo:** Se verifican Historias clínicas de consultas de Morbilidad, cursos de vida (RIAS) y del servicio de urgencias, que cuenten con Dx de: ERC, HTA Y DM, para su respectiva captación y vinculación al Programa con sus paraclínicos para realizar la correcta clasificación de Riesgo.
- **Adherencia al programa (asistentes vs. inasistentes):** con las bases de Datos de las EPS (N EPS, Asmet salud, Sanitas, Sura), se verifica en HC, fecha de ultimo control, fecha de paraclínicos y toma de EKG, verificando

estado de afiliación, realizando llamadas y asignación de citas con el fin de lograr Adherencia al Programa de RCV.

- **Seguimiento post Hospitalizados:** Diariamente se reciben correos electrónicos de reporte de pacientes por parte de las EPS, en condición de hospitalización que cumplen criterio para captación al programa de RCV, para su respectivo seguimiento, estos se deben de retroalimentar no en un plazo mayor a 1 semana.
- **Seguimiento Laboratorios Alterados:** desde el servicio de laboratorios reportan laboratorios alterados para gestión con asignación de cita ya se de ingreso o control con el fin de asegurar una gestión pronta para evitar complicaciones del paciente.
- **Seguimiento Post consulta:** Todos los pacientes de la UIS, que egresan de consulta de morbilidad o de RPYM, con medicamentos para la HTA Y DM, pasan a la oficina de riesgo cardiovascular, para verificar si se encuentran vinculados al programa.
- **Asignación de citas:** Enfermero y Auxiliar, a los pacientes del programa que ingresan a la oficina de Riesgo cardiovascular, se revisan fecha de toma de laboratorios y EKG, si no están al día, se factura Gestión, se genera orden y se asigna cita para toma de estos.
- **Educación individual:** pacientes con mal manejo no adherentes, no en metas terapéuticas, o los ingresos, se brinda educación acerca del programa, en que consistente la importancia de la adherencia a los controles, tratamiento farmacológico, importancia de asistir a los controles con frecuencia, a la adherencia al tratamiento farmacológico, se explica todo el manejo de insulinas, manejo de glucómetro.
- **Educación Grupal:** se realiza sesiones educativas con los pacientes de riesgo cardiovascular, donde participa todo el equipo interdisciplinario, con el fin de aumentar conocimiento evitando descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida.
- **Jornadas toma de laboratorios:** con el acompañamiento de las EPS, se realiza depuración de bases de Datos, y se programan jornadas masivas de toma de laboratorios con el fin de aumentar coberturas adherencia a controles.
- **Remisión a valoraciones faltantes según la RIAS:** se Realiza demanda inducida juntos con los médicos del programa donde se derivan a las atenciones que correspondan según la edad y actividades de las RIAS.
- **Seguimiento Indicadores:** a través del reporte mensual de informes a las Diferentes EPS, lo más actualizada y completa con el fin de lograr metas.
- **Reporte Informes:** de manera Mensual se Realiza el Envío de informes, con los pacientes atendidos en el mes, con fecha de Corte

Nueva Eps: fecha limite Reporte **2** de cada mes

Asmet salud: fecha limite Reporte **7** de cada mes

Sanitas: fecha limite Reporte **10** de cada mes

Sura: fecha limite Reporte **15** de cada mes.

Donde hasta la fecha con corte al mes de noviembre, siempre se ha enviado en los plazos estipulados, exceptuando dos meses, sin embargo, siempre se ha tratado por evitar el no cumplimiento de esto que genere descuentos para la Red.

Registro fotográfico

88



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

El plan de intervenciones colectivas es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el plan territorial de salud (PTS), y busca impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el plan territorial de salud. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la resolución 518 de 2015, los cuales se ejecutan de manera complementaria a otros planes de beneficios.

Durante la vigencia 2023, Red Salud Armenia suscribió contrato interadministrativo 2023- 0005, correspondiente al plan de intervenciones colectivas, por medio del cual se pacto el desarrollo de actividades de información para la salud y educación a la comunidad sobre diferentes temas en salud, los cuales se relacionan a continuación:

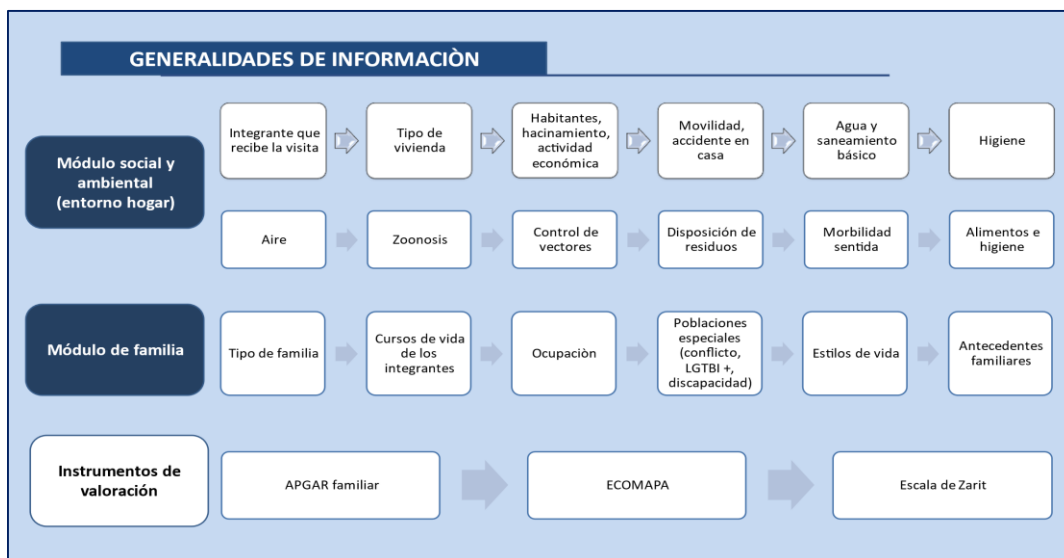
7.1 Aplicación de encuesta social y ambiental en las comunas 3 y 4 del municipio.

Se aplicaron 2.000 encuestas socio ambientales, las cuales fueron sistematizadas en Torre soft para el proceso de análisis y que fueron estructuradas en los siguientes módulos:

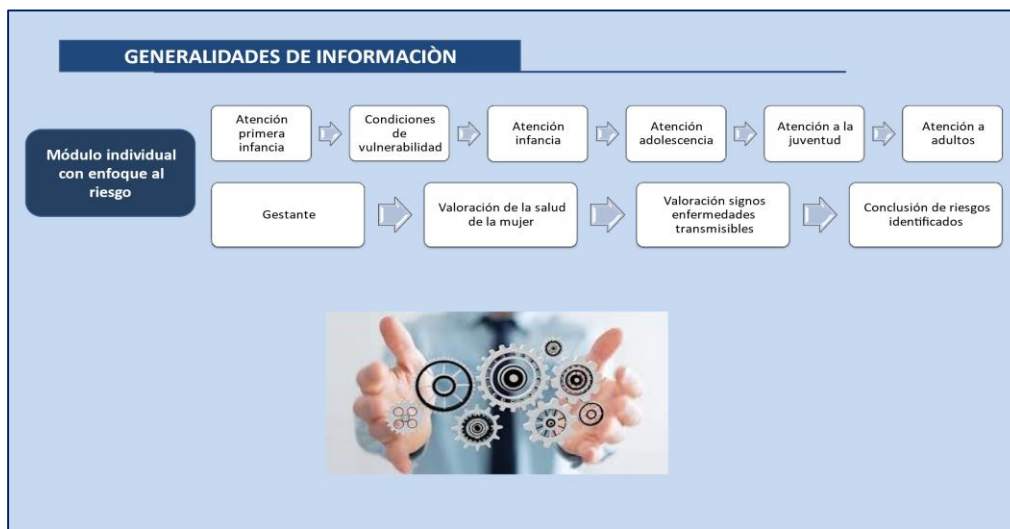
1-social/ambiental entorno hogar

2- módulo familiar:

3- módulo individual con enfoque de riesgo



Fuente: Epidemiología Redsalud Armenia E.S.E

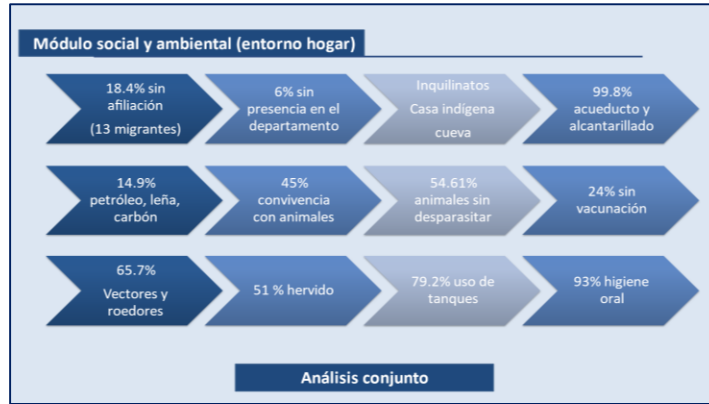


Fuente: Epidemiología Redsalud Armenia E.S.E

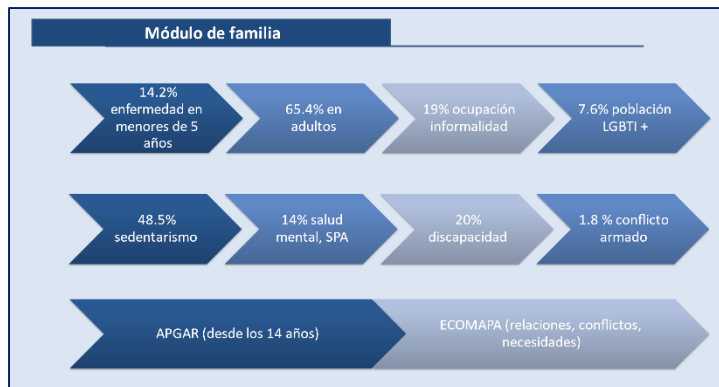
El proceso se llevó a cabo con las siguientes etapas 1- socialización de la estrategia y acercamiento al territorio. 2- intervención en el territorio definido como comuna 3 y 4 y micro territorio.



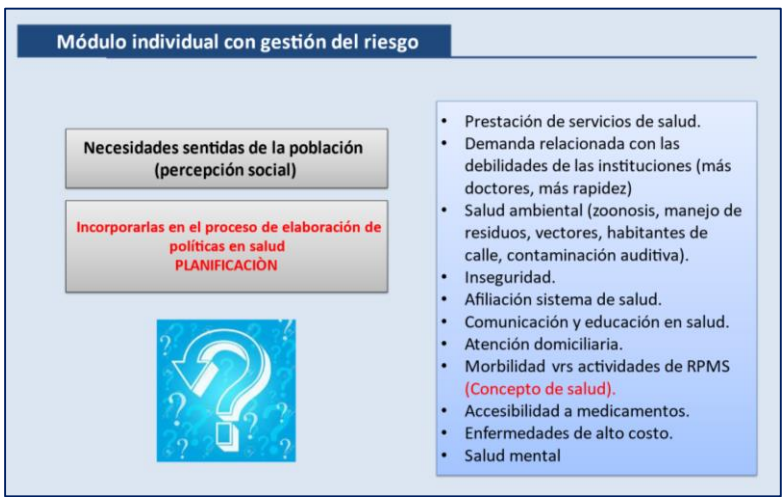
Resultados generales por módulos



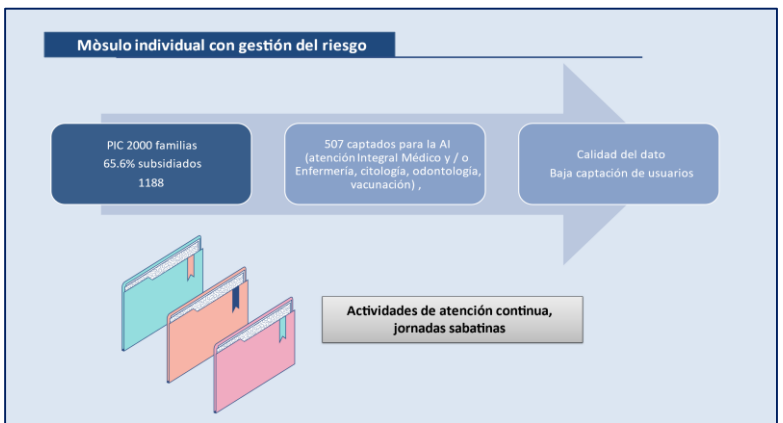
En el gráfico anterior, se evidencian los datos de georefenciación, así como el análisis conjunto del modelo social y ambiental, por resaltar está el hecho de solo 13 migrantes, la existencia de cuevas como inquilinato, el 14,9% aún cocinan con leña, carbón o petróleo que genera riesgo para la salud y enfermedad cardiopulmonares, el 54,61% de los animales están sin desparasitar, el 65,7% tiene presencia de roedores o vectores, e importante que el 93% aduce tener buen uso de higiene oral.



En el módulo de familia que corresponde al gráfico anterior, se evidencia 14.2% de menores de 5 años en los hogares, 19% de ocupación informal que permite la fuente de ingreso principal en los hogares, 14% con algunas situaciones de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas identificadas, 20% de la población en situación de discapacidad y como resultado principal del ecomapa se evidencia conflicto en las relaciones interpersonales, familiares.

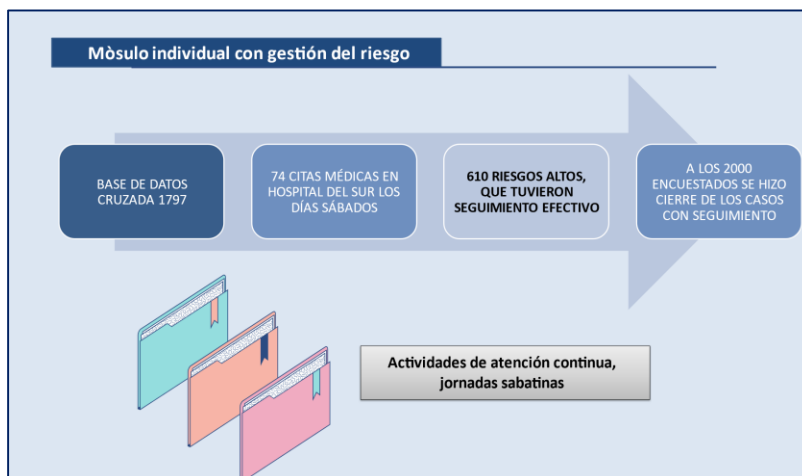


En el módulo individual de gestión del riesgo, ha mejorado la percepción en la identificación del riesgo en salud en relación con mayor oportunidad en la atención, menor tiempo de espera, posibilidad de atención por especialistas, en salud ambiental problemática con roedores y vectores, contaminación ambiental, visual y auditiva, problemas de inseguridad, necesidad de comunicación y educación en salud, necesario la incorporación de procesos de política pública en cada uno de los territorios intervenidos, así como la inclusión de las necesidades sentidas de la población.



Respecto a la gestión del riesgo individual el 65.6% de la población tiene régimen subsidiado en salud, se hicieron 507 atenciones para medicina general e integral incluyendo vacunación, odontología, enfermería, citología y demás programas de atención primaria en salud, los cuales se evidencian a través de los RIPS de Red

salud; sin embargo la calidad en el dato ha sido baja por las razones ya expuestas, haciendo necesario replantear el desarrollo de la encuesta, siendo más oportuna y viable para aplicar en comunidad.



Uso de artes escénicas para educación, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores

Acciones que incluyen el uso de artes escénicas con el propósito de orientar, ampliar y facilitar los conocimientos en salud de la población, con la finalidad de que las personas adquieran actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva, para este caso se orientaron las artes escénicas a la prevención de enfermedades transmitidas por vectores como dengue, malaria, Chikunguña.



Perifoneo de alta cobertura para acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los barrios y/o asentamientos del municipio de Armenia

Estas acciones incluyen el uso de perifoneo con el propósito de orientar, ampliar y facilitar los conocimientos en salud de la población con la finalidad de que las personas adquieran los conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.

Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitaria y sociales con la participación de los 9 cabildos y 7 pueblos indígenas del municipio de Armenia.

Prevenir las enfermedades a través de la gestión del riesgo, implementando la medicina tradicional y ancestral, en las comunidades indígenas como son: Los Pastos, Embera Chami, Embera Katio, Ingas, Yanaconas, Quichuas y Pijaos, a través de encuentros de saberes ancestrales con los médicos tradicionales de cada comunidad indígena, desarrollar tulpas de pensamiento dirigida a la comunidad a cargo del médico tradicional de cada cabildo, socialización de talleres de sensibilización por ciclos de vida, basados en las principales problemáticas de salud.



Encuentro de partería



Encuentro talleres medicinales

Estrategia colectiva de Centro escucha

Disminuir los efectos negativos por el uso de drogas por vía inyectada y los riesgos asociados a las prácticas de consumo, a través de la estrategia de reducción de daños o riesgos en personas que consumen Sustancias Psicoactivas. Fortaleciendo los puntos itinerantes como La Aldea, Nuevo Montevideo, Acacias Bajo ya que hay expendio continuo de drogas inyectadas y se observa el tránsito de UDI por estos sectores.

Trabajo interinstitucional a través de citas médicas por medicina general, Psiquiatría, por parte del centro escucha y las instituciones como son: Red Salud, Clínica el Prado y Hospital Mental de Filandia, activando rutas de atención en salud mental para desintoxicación a los UDI que de forma voluntaria desean iniciar el proceso de desintoxicación.

USUARIOS ATENDIDOS EN CENTRO	1.260
USUARIOS ATENDIDOS EN CALLE	256
TOTAL, UDI INTERVENIDAS	1.516



Educación en las buenas prácticas de inyección con debida higiene y la importancia del retorno se continúan entregando los kits compuestos de la siguiente forma: Jeringas: se entrega proporcional al retorno. Agua esterilizada, Filtros, Cazoleta: cada mes. Pañito húmedo con alcohol, Torniquete: cada mes. Preservativos de látex.

Jeringas Entregadas:	19.547
Jeringas devueltas:	13.524
Pañines:	19.547
Curas:	19.547
Agua estéril:	19.547
Preservativos:	1.931
Torniquete:	353
Cazoleta:	353



Zonas de orientación escolar ZOE

Fortalecer la comunidad educativa y sus redes para prevenir los riesgos de exclusión y estigma social de las personas que han usado o usan sustancias psicoactivas (SPA) y/o están afectadas por problemáticas asociadas al consumo, y para mitigar el impacto reduciendo la vulnerabilidad a sufrir riesgos y daños continuos, evitables y prevenibles de las personas, familia y comunidad.

La estrategia se llevó a cabo con la ejecución de talleres sobre: salud mental, comunicación asertiva, escucha empática, expresión de emociones, sustancias psicoactivas, derechos sexuales y reproductivos, deserción escolar, estigma y autoestigma, manejo de emociones y sentimientos, relaciones interpersonales, las redes fueron formadas en los temas mencionadas, incluyendo a la comunidad educativa.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS INTERVENIDAS
I.E CIUDADELA DEL SUR I.E LAURA VICUÑA
I.E SANTA TERESA DE JESÚS I.E NORMAL SUPERIOR
I.E EUDORO GRANADA I.E SANTA EUFRASIA
I.E CUYABRA I.E JESÚS MARÍA OCAMPO

Registro fotográfico pares comunitarios ZOE en campo- Institución Educativa Normal Superior del Quindío y Santa Teresa de Jesús



96

Tamizajes PCR prueba molecular para detección de *Micobacterium tuberculosis* con prueba de sensibilidad y resistencia a primera línea de Rifampicina e Isoniazida con cultivo líquido en poblaciones vulnerables y de riesgo identificadas y también remitidas.

Identificar población vulnerable y susceptible para infecciones por *Micobacterias Tuberculosis*, a través de la aplicación de algoritmos diagnósticos de la Resolución 0227 del 2021 en pacientes sintomáticos respiratorios.

Se llevó a cabo la realización de 40 pruebas a población que se encuentra ubicada en CBA el Carmen, buen Jesús, casa del peregrino, centro para atención a habitantes de calle, sector del centro administrativo municipal, barrios como Aldea, Buenos Aires alto y bajo.



Estrategias masivas tipo campaña, con actividades de desparasitación antihelmíntica a población entre 5 y 14 años cuya dosificación del antiparasitario Albendazol será de tableta 400 mg vía oral, dosis única

Se desparasitaron 6.198 niños en 42 Instituciones educativas principales y sus sedes y 4 jardines infantiles.



Evidencia fotográfica desparasitación

Orientar sobre la prevención de los riesgos derivados del trabajo, ocupación u oficio, a los trabajadores informales de lugares semiestacionarios.

Se intervino trabajadores de las comunas 3,6,7, y 10 del municipio, sobre temáticas relacionadas con la prevención del dengue, acorde a alerta epidemiológica.

En total se intervinieron **2019**, personas en acciones de información, educación, comunicación sobre los riesgos en salud de enfermedades trasmisibles como dengue, así como acciones específicas de enfermedades laborales y rutas de atención.



Prevención Dengue trabajadores informales

Estrategia de información en salud y promoción de hábitos de vida saludable, previniendo riesgos en salud como obesidad, embarazos en adolescentes y/o no deseados, sintomáticos respiratorios, riesgo en salud mental, enfermedades cardiovasculares, según el ASIS 2022

Para esta actividad, se llevaron a cabo acciones de prevención en salud con temas relacionados con salud mental, prevención del consumo de SPA, riesgo cardiovascular, importancia de la actividad física, estilos de vida saludables, para un total de **479 personas intervenidas** y ejecución de **47 talleres**.



Actividades sobre estilos de vida saludables

Actividades relacionadas a la prevención y control de vectores en desarrollo de la EGI-ETV, que incluye el levantamiento de índices aédcos, inspección y control a sumideros de aguas lluvias e inspección, vigilancia y control a establecimientos especiales

Se llevaron a cabo acciones de apoyo en la prevención y control relacionadas con: levantamiento de índice aédcico, prevención y control de caracol gigante, prevención y control de vectores a través de demanda ciudadana, inspección sumideros y aguas lluvias.

ACTIVIDADES	BENEFICIARIOS/VIVIENDAS INTERVENIDAS
levantamiento de índice médcico	498
prevención y control de caracol gigante	118
prevención y control de vectores a través de demanda ciudadana	99
inspección sumideros y aguas lluvias	231



Evidencia visita sumideros aguas lluvias



Prevención ETV

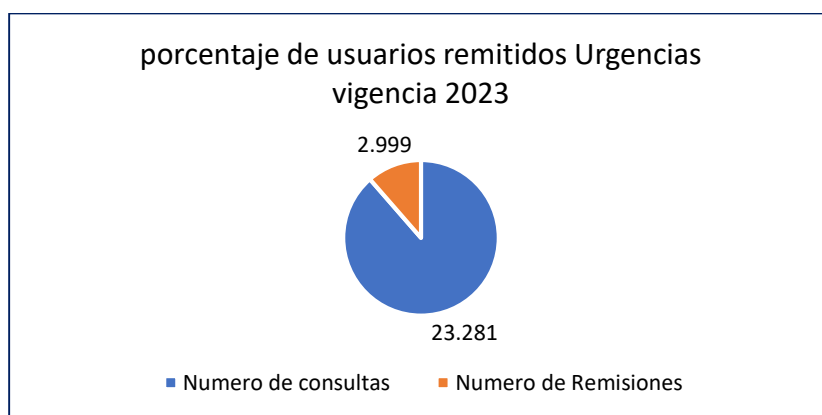
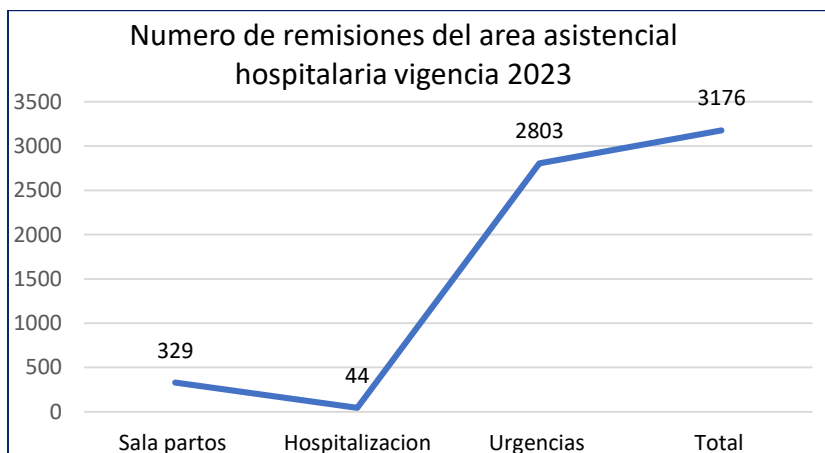


Visitas instituciones- Prevención ETV

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

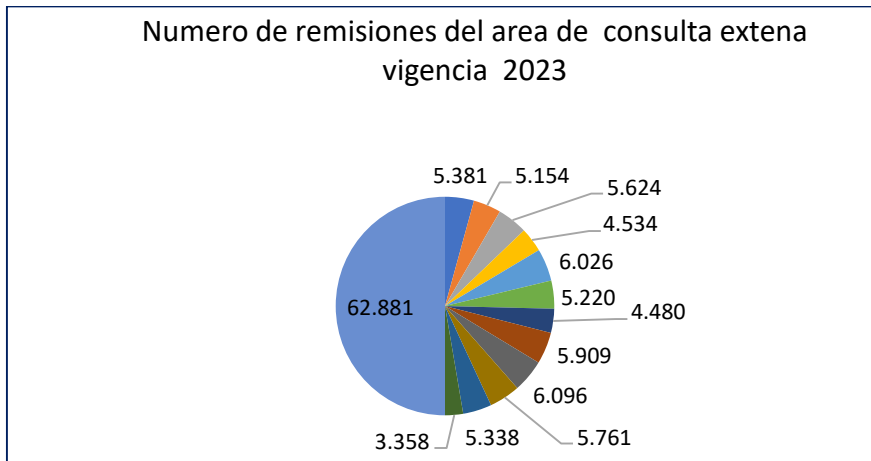
A continuación, se presenta el informe de gestión del programa de referencia y contra referencia de vigencia 2023.

Numero de remisiones asistenciales hospitalarias vigencia 2023.



Tenemos que para la vigencia 2023 se realizaron 3.176 remisiones de los servicios hospitalarios, se tiene que el porcentaje de estas remisiones a mediana y alta complejidad frente al total de consultas vigencia 2023 es del 13 %.

Numero de remisiones del área asistencial ambulatorias vigencias 2023.



Tenemos que para la vigencia 2023 se realizaron 62.881 remisiones de consulta externa

se tiene que el porcentaje de estas remisiones a mediana y alta complejidad frente al total de consultas vigencia 2023 es del 73 %.

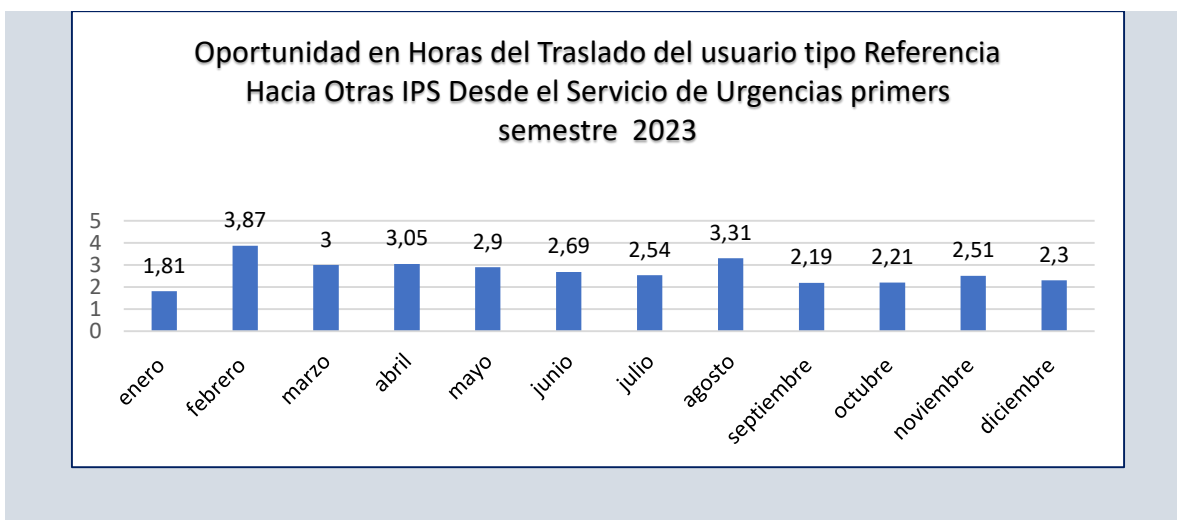
En conclusión, se considera que somos una IPS de baja complejidad, donde no se tiene manejo con especialidades del 2do nivel, se puede evidenciar que la ESE Red Salud tiene una excelente capacidad de respuesta y un manejo de las patologías ingresadas a nuestra consulta con muy buena capacidad de respuesta y manejo integral del paciente.

Análisis de Indicadores

Dentro del programa de referencia y contrareferencia se tienen los siguientes indicadores.

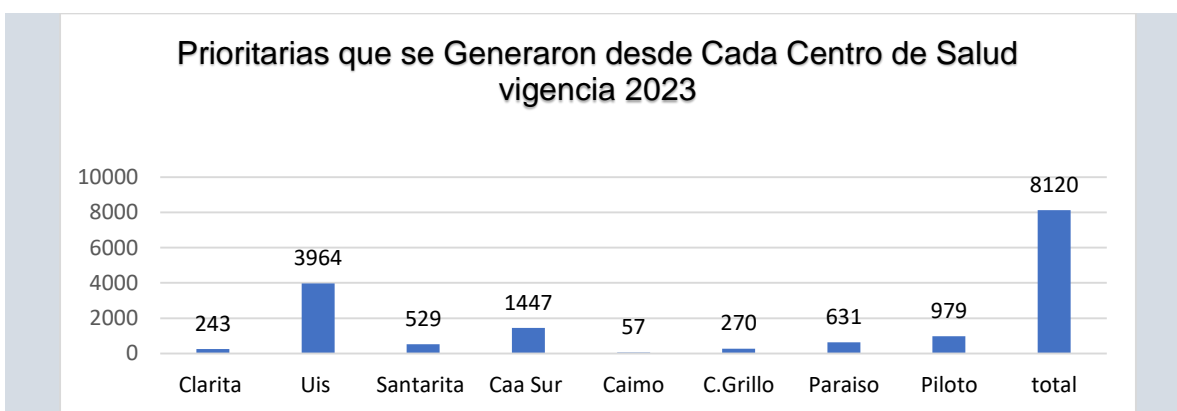
- oportunidad en horas del traslado del usuario tipo referencia hacia otras IPS, desde el servicio de urgencias

101



No se observaron desviación de este indicador en la vigencia 2023 ya que el estándar establecido es de 5 horas, por lo tanto, no se generaron planes de mejoramiento

- Gestión de la remisión prioritaria de los servicios ambulatorios en toda la red.**



De las 8.120 remisiones prioritarias que se generaron en la vigencia 2023 el 100% fueron gestionadas hacia la EPS correspondiente.

Logros alcanzados

- Cumplimiento al cronograma de comité referencia y contrareferencia y a los EPM programados
- Monitoreo los indicadores del programa mensualmente.
- Diligenciamiento permanente para garantizar continuidad al modelo no presencial (MNP) de la Sanitas EPS
- Gestión diaria a las remisiones prioritarias a cada una de la EPS con las que se tiene contratado.
- Cumplimiento oportuno en la entrega de informes a la secretaria municipal y las diferentes EPS
- Cumplimiento a las actividades del PACAS.
- Cumplimiento con las auditorias de pertinencia en referencia en odontología y consulta médica. En la auditoria de fin de año la cual realizo la secretaria Municipal el 03 de octubre del 2023 se logró un cumplimiento del 100 % sin planes de mejoramiento.

ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)

Dentro de las actividades que desarrolla la oficina de Información y Atención al Usuario se encuentran las siguientes:

1. Realización de las encuestas de satisfacción al usuario y el procesamiento de las mismas conforme a los lineamientos de la institución.
2. Respuesta oportuna dentro de los términos de Ley a las PQRSF.
3. Socialización de Derechos y Deberes.
4. Socialización de Enfoque diferencial.
5. Trabajo Social.
6. Política de Participación Social en Salud.

Con las cuales se evalúa la gestión que adelanta la oficina de atención al usuario (SIAU), en pro de responder oportunamente a las necesidades e inquietudes de nuestros usuarios.

De acuerdo a lo anterior se presenta consolidado correspondiente a los cuatro trimestres del año:

Encuestas de Satisfacción

TIPO DE AUDITORIA	AÑO 2023	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL
MEDICINA GENERAL	381	95	95	95	95	380
ODONTOLOGIA	377	94	94	94	94	376
ENFERMERIA	374	92	92	92	92	368
SERVICIO DE FARMACIA	379	96	96	96	96	384
SERVICIO DE LABORATORIO	379	95	95	95	95	380
SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA	355	89	89	0	0	178
SERVICIO DE URGENCIAS	377	94	94	94	94	376
HOSPITALIZACIÓN	166	42	42	42	42	168
PARTOS	59	15	15	15	15	60
TOTAL	2847	712	712	623	623	2670

103

La meta para el año se estableció en 2847 encuestas, una meta trimestral de 712, la medición de la satisfacción se realiza trimestralmente, sin embargo se presentó que para el III trimestre de 2023 se debía excluir el servicio de Imagenología de la encuesta de satisfacción debido a que este fue tercerizado; entonces con corte a 31 de diciembre de 2023 se aplicaron 2670 encuestas que corresponden a un 100% de cumplimiento.

Se relaciona consolidado total de encuestas con corte a 31 de diciembre de 2023 y el porcentaje de satisfacción alcanzado:

SERVICIO	TOTAL ENCUESTAS POR SERVICIO	TOTAL ENCUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS		% DE SATISFACCION POR SERVICIO
		POSITIVAS	NEGATIVAS	
MEDICINA GENERAL	380	366	14	96%
ODONTOLOGIA	376	370	6	98%
ENFERMERIA	368	357	11	97%
LABORATORIO	384	379	5	99%

FARMACIA	380	369	11	97%
IMAGENOLOGIA	178	159	19	89%
URGENCIAS	376	372	4	99%
HOSPITALIZACIÓN	168	168	0	100%
PARTOS	60	60	0	100%
TOTAL	2670	2.600	70	97%

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, se determina que la satisfacción del servicio en general de Red Salud Armenia ESE, se ubicó en un 97% con corte a 31 de diciembre de 2023.

- **Indicador Experiencia Global: Sumatoria de respuestas Muy Buena y Buena / Total de encuestas aplicadas.**

2023	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Experiencia Global	98%	96%	98%	98
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				97%

- **Indicador Recomendación de la IPS: Sumatoria de respuestas de definitivamente SI y probablemente SI / Total de encuestas aplicadas.**

2023	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Recomendación de la IPS	100%	99%	99%	99%
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				99%

Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias recibidas y tramitadas:

Descripción	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Juli o 202 3	Agost o 2023	Septi embr e 2023	Octub re 2023	Noviem bre 2023	Diciem bre 2023	Total
Petición	4	0	0	1	2	3	0	76	60	31	43	16	236
Queja	20	28	25	33	32	29	18	37	21	25	31	11	310
Reclamo	0	0	0	0	4	3	2	6	1	1	1	1	19
Solicitud	1	3	1	1	7	2	4	1	2	1	2	1	26
Denuncia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Felicitaciones	14	12	13	6	14	13	22	50	65	68	37	18	332
TOTAL PQRSF	39	43	39	41	59	50	46	171	149	126	114	47	924

105

Se dio respuesta oportuna al total de (924) PQRSF recepcionadas a 31 de diciembre de 2023.

La oportunidad de respuesta para los PQRS se ubicó en 6 días.

Porcentaje de PQRS respondidas, respecto a las PQRS recibidas.: Total solicitudes respondidas en el trimestre / Total solicitudes recibidas en el trimestre * 100.

Año 2023	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
% PQRS respondidas	100%	100%	100%	100%
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				100%

Tiempo promedio de respuesta a PQRS: Sumatoria del tiempo transcurrido entre la radicación de la PQRS hasta la fecha de respuesta / Total de PQRS recibidas = Tiempo promedio por solicitud.

Año 2023	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Tiempo promedio de Respuesta en días	8	6	8	8
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				7 DIAS

Socialización Deberes y Derechos:

Descripción	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Usuarios	557	644	465	1052
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				2718

106

Para la vigencia con corte a 31 de diciembre de 2023: 2718 usuarios internos y externos fueron capacitados en la socialización de derechos y deberes de forma personalizada, además es importante destacar que mes a mes se compartió la misma información en los diferentes medios de comunicación oficiales de la E.S.E.

Porcentaje de socialización de deberes y derechos: Sumatoria de socializaciones realizadas / Total de socializaciones realizadas

2023	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
% Socialización D y D	20%	24%	17%	39%
PROMEDIO CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2023.				100%

La socialización de derechos y deberes se realizó de forma personalizada por parte de la Oficina de Atención al Usuario (SIAU), este proceso fue posible llevarlo a cabo por todos los centros de Salud, y en la Unidad Intermedia del Sur, tanto a cliente interno como externo de la E.S.E

TRABAJO SOCIAL

Acompañamiento y gestión de casos de usuarios en condición de vulnerabilidad:

Descripción	31 de Diciembre 2023
Casos gestionados	203
TOTAL	203

Información consolidada con corte al 31 de diciembre de 2023, se brindó apoyo y gestión al total de casos de personas en condición de abandono, desvalidas,

adultos mayores, etc. direccionados desde los diferentes procesos institucionales.

Intervención y gestión en casos de usuarios víctimas de violencia sexual

107

Descripción	31 Diciembre 2023
Casos gestionados	78
TOTAL	78

Información consolidada con corte al 31 de diciembre de 2023, se efectuó intervención en casos de violencia sexual, donde se recibió el proceso de seguimiento, contacto y agendamiento de citas de control fucsias.

Intervención y gestión a la población habitante de calle

Descripción	31 diciembre 2023
Casos gestionados e intervenidos	45
TOTAL	45

Información consolidada con corte al 31 de diciembre de 2023, se brindó apoyo y gestión al total de casos de personas en condición de calle direccionados desde los diferentes procesos institucionales.

Acompañamiento Socialización del Enfoque Diferencial y Atención Preferencial.

Información consolidada con corte al 31 de diciembre de 2023, se llevó a cabo la socialización del Enfoque Diferencial en sus diferentes categorías, se realizó un total de 1.072 socializaciones tanto al cliente interno y externo.

Descripción	I TRIM	II TRIM	III TRIM	OCTUBRE	NOVIEMBRE	Diciembre
Usuarios	140	334	358	80	98	62
PROMEDIO CON CORTE A 31 DE Diciembre-2023				1.072		

Política de Participación Social en Salud

Se ha dado cumplimiento a la Resolución 2063 de 2017 (Política de Participación Social en Salud) proyectando y cargando en el SISPRO el Plan de Acción propuesto para la vigencia 2023 en el cual se plantearon 23 actividades que apuntaron a las 23 líneas de acción, alcanzando un cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2023 del 98% en la ejecución.

Otras actividades:

Dentro de otras actividades adelantada por el SIAU con corte al 30 de diciembre de 2023, se encuentran las siguientes:

- Gestión desde la oficina del SIAU para la asignación de citas a la población vulnerable.

SIAU	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sept-23	oct-23	nov-23	Dic-23	TOTAL
Citas agendadas	35	42	24	19	34	85	32	19	23	24	27	16	380

- Se efectuó autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano y participación ciudadana de MIPG y se elaboró Planes de Acciones.
- Se ha dado cumplimiento al 100% a todos los apoyos solicitados por otras áreas, así como el cumplimiento con la entrega de los informes y seguimientos del POA, Plan Anticorrupción, PQRS a la Secretaría Departamental de Salud y lo demás requerido en el desempeño de las labores del SIAU.

SUBGERENCIA DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Teniendo en cuenta el propósito principal de la Subgerencia de Planificación Institucional de la entidad, el cual desarrolla políticas y estrategias que permiten construir y mantener el direccionamiento institucional de la Entidad, en cumplimiento

a la Misión, Visión, Calidad, Humanización del Servicio en Salud y objetivos estratégicos, se presenta la gestión realizada en la vigencia 2022 de acuerdo a cada una de las áreas y/o procesos a su cargo.

PROCESO FINANCIERO

109

PRESUPUESTO

INGRESOS

Indicadores de Ejecución Presupuestal de Ingresos

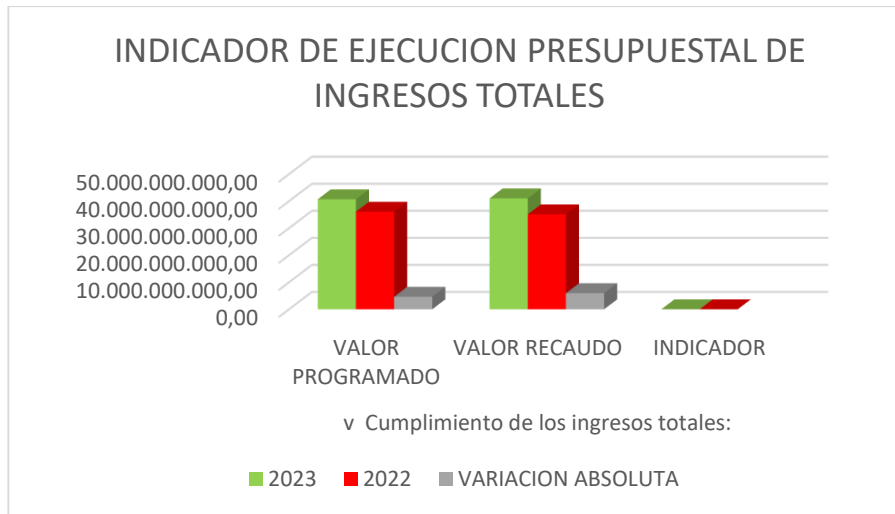
A continuación, se presenta una relación de la ejecución presupuestal de ingresos de la ESE Red Salud Armenia, donde se puede observar el comportamiento respecto a la ejecución de los recursos que, esta entidad tuvo durante 2023 tabla.

Cumplimiento de los ingresos totales

VIGENCIA	VALOR PROGRAMADO	VALOR RECAUDO	INDICADOR
2023	40.666.884.138,41	41.002.774.686,44	101
2022	36.047.731.556,25	35.075.997.790,50	97
VARIACION ABSOLUTA	4.619.152.582,16	5.926.776.895,94	

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Grafico 3 Indicador Ejecución de Ingresos totales



(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Esta grafica nos Indica que nuestro presupuesto de ingresos se incrementó en un 11% frente la vigencia 2022 y por cada cien pesos del presupuesto definitivo de ingresos durante la Vigencia 2023, la E.S.E. recaudó 1% de más frente a 2022 en total el recaudo se incrementó en 4% de una vigencia a la otra.

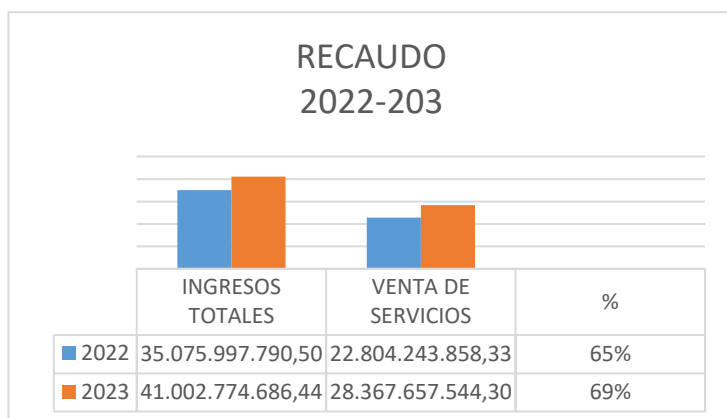
Cumplimiento de los ingresos por venta de servicios de salud:

VIGENCIA	VALOR PROGRAMADO	VALOR RECAUDO	INDICADOR
2023	28.681.045.165,07	28.367.657.544,30	98,91
2022	23.836.607.791,00	22.780.215.217,78	95,57
VARIACION ABSOLUTA	4.844.437.374,07	5.587.442.326,52	

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

En cuento a los ingresos recaudados de Red salud armenia ESE, es importante resaltar el buen comportamiento del recaudo en relación con lo programado, es así como os ingresos totales alcanzaron un 101% y la venta de servicios de salud un 98,9%. igualmente se observa en el grafico que el porcentaje del recaudo por venta de servicios es superior en relación con el recaudo total para la vigencia 2023.

Cumplimiento de los Ingresos Por ventas de servicios de Salud.



111

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

GASTOS

A continuación, se presenta una relación de la ejecución presupuestal de gastos e inversión de la ESE Red Salud Armenia, de los años 2022 Y 2023; donde se puede observar el comportamiento respecto a la apropiación y ejecución de los recursos que, la entidad, tuvo durante el año anteriormente relacionado como se indica en la tabla 20 y el grafico 5.

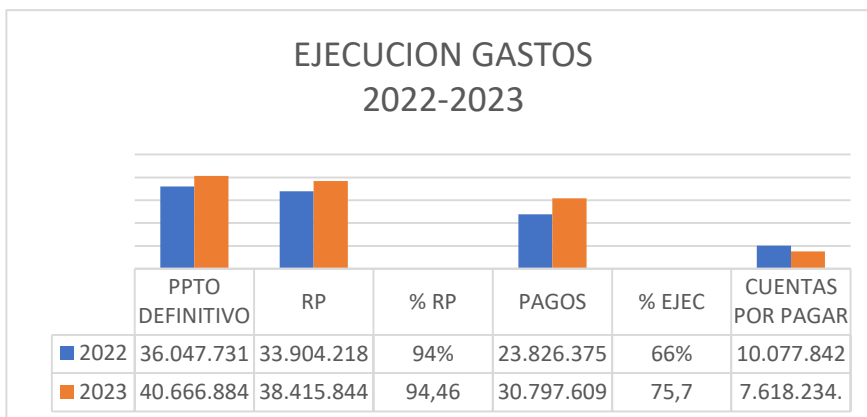
(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Tabla 20 Comparativo ejecución PPTO de gastos

EJECUCION PPTO DE GASTOS E INVERSION VIGENCIA FISCAL 2022 - 2023								
PERIODO	PPTO DEFINITIVO	CDP	% CDP	RP	% RP	PAGOS	% EJEC	CUENTAS POR PAGAR
2022	36.047.731.556	33.904.218.433	94%	33.904.218.433	94%	23.826.375.663	66%	10.077.842.770
2023	40.666.884.138	38.415.844.283	94,5	38.415.844.283	94,46	30.797.609.782	75,7	7.618.234.501

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Grafico 5 Ejecución de Gastos.



(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Se puede observar que el 2023 fue el año cuyos compromisos alcanzaron un 94,5%, y pagos fue de un 75,7%, lo que se puede deducir que quedaron cuentas por pagar para la siguiente vigencia por valor de \$7.618.234.501. Igualmente, se llevó a cabo un comparativo de los compromisos adquiridos y el recaudo realizado por la ESE RED SALUD ARMENIA, durante los años 2022 y 2023.

Recaudos VS Compromisos 2023 y 2022

RECAUDO vs COMPROMISOS VIGENCIA FISCAL 2023 - 2022							
PERIODO	PPTO DEFINITIVO	RP	% RP	RECAUDO A DIC/2022	% Recau	DIFERENCIA	OBSERVACION
2022	36.047.731.556,25	33.904.218.432,59	94%	35.075.997.790,50	97%	1.171.779.358	Disponibilidad Final
2023	40.666.884.138,41	38.415.844.283,20	94	41.002.774.686,44	101	2.586.930.403,24	Disponibilidad Final

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

INGRESOS TOTALES RECAUDADOS DURANTE LA VIGENCIA	VALOR DE LO COMPROMETIDO DURANTE LA VIGENCIA	SUPERAVIT
41.002.774.686	38.415.844.283	2.586.930.403

113

(Fuente Red Salud Armenia, 2023)

Entendiendo los ingresos tal como se establecen en el decreto 084 de 2021”

ARTÍCULO 5. DEL PRESUPUESTO GENERAL. El presupuesto de ingresos comprende la disponibilidad inicial, los ingresos corrientes que se esperan recaudar durante la vigencia fiscal y los recursos de capital, por consiguiente, frente al total recaudado de la vigencia en relación con los compromisos del mismo periodo la E.S.E tubo superávit presupuestal por valor de 2.0586.930.403.

2.-Facturación

Teniendo en cuenta que este proceso es la base para el sostenimiento financiero de la entidad, se tiene claridad que el objetivo principal es garantizar una facturación con calidad y así mismo garantizar la radicación ante las diferentes EAPB.

Para la vigencia 2023 se continúa tercerizado el proceso de facturación contratando con la empresa Mundo Salud Medica; quien cuenta con un modelo estandarizado para la ejecución de las actividades operativas del proceso de facturación hospitalaria de la ESE, con sus procesos certificados en la norma ISO 9001:2015 y así ayudar al sostenimiento financiero de la institución; y por ende proponer estrategias que permitan la efectividad y calidad en el servicio prestado.

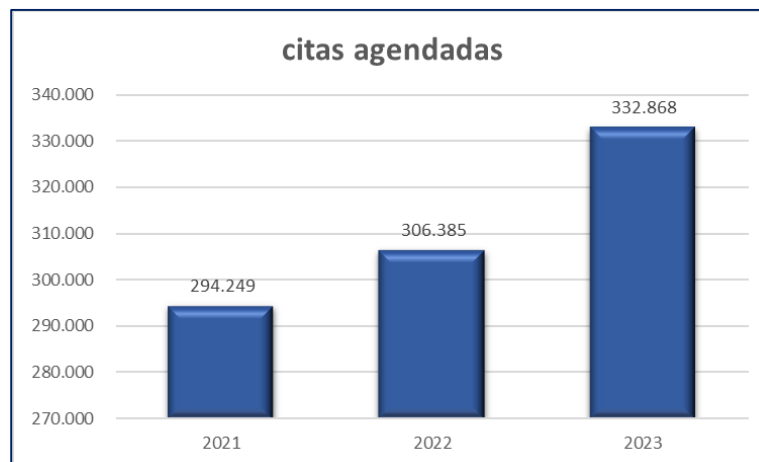
Como objetivo del proceso, este comprende la facturación de las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la ESE, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios, garantizando una facturación cobrable y colaborando de esta manera con supervivencia, crecimiento y rentabilidad de Red Salud Armenia ESE.

A continuación, se describirá cada uno de los procesos y los resultados obtenidos en la vigencia 2023:

CITAS

Para el año 2023 se agendaron 332.868 citas para los usuarios que fueron atendidos en la Unidad Central y centros de salud que forman parte de Red Salud Armenia, un 8,6% más de la población agendada en el 2022

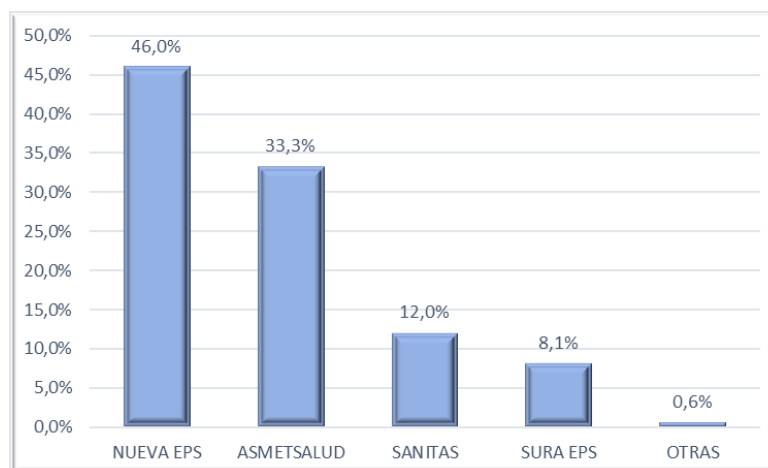
114



EPS	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL	% comparativo año anterior
2021	20.836	25.383	27.683	26.423	27.706	22.936	25.939	24.080	28.421	23.174	21.733	19.935	294.249	
2022	24.156	26.744	29.324	23.610	25.966	25.704	23.455	29.709	27.500	25.444	25.049	19.724	306.385	4,12%
2023	29.045	28.599	28.662	24.609	30.791	26.518	28.152	28.481	29.880	28.920	27.929	21.282	332.868	8,64%

Fuente de información Dinámica – modulo citas

Las EPS de mayor atención de usuarios fueron Nueva EPS con 153.227, Asmet salud 110.680 y Sanitas 39.943



EPS	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	jun-23	jul-23	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	total	%
NUEVA EPS	12791	12.836	12.756	11.172	13.843	11.735	12.720	13.170	13.897	14.143	13.552	10.612	153.227	46,0%
ASMETSALUD	10518	9.946	10.110	8.540	10.605	9.040	8.907	8.978	9.946	9.064	8.619	6.407	110.680	33,3%
SANITAS	3201	3.291	3.175	2.888	3.711	3.326	3.922	3.770	3.536	3.312	3.288	2.523	39.943	12,0%
SURA EPS	2377	2.351	2.513	1.898	2.443	2.228	2.386	2.377	2.379	2.264	2.257	1.639	27.112	8,1%
OTRAS	158	175	108	111	189	189	217	186	122	137	213	101	1.906	0,6%
TOTAL	29.045	28.599	28.662	24.609	30.791	26.518	28.152	28.481	29.880	28.920	27.929	21.282	332.868	

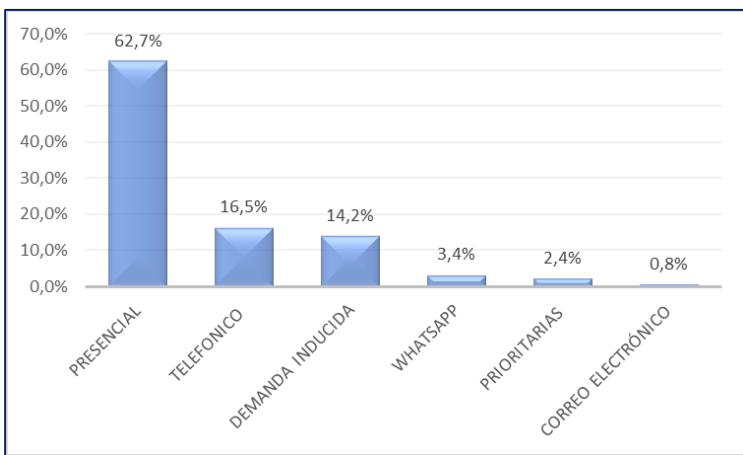
Fuente de información Dinámica – modulo citas

Por unidades de atención la Unidad intermedia sur es la de mayor atención de usuarios, con un 34% de la población atendida, seguida de centro de salud atención ambulatorio con un 21,4% y centro de salud piloto Uribe con 15,6%

CENTRO DE ATENCION	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	total	%
UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	9.504	10.022	9.304	8.034	10.453	9.218	10.127	10.153	10.203	9.698	9.641	6.900	113.257	34,0%
CENTRO DE SALUD ATENCIÓN AMBULATORIA	6.546	5.929	6.716	5.552	6.552	5.637	5.698	5.834	6.493	6.219	5.641	4.302	71.119	21,4%
CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	4.844	4.461	4.519	4.148	4.971	4.081	4.097	4.047	4.414	4.313	4.482	3.503	51.880	15,6%
CENTRO DE SALUD LA CLARITA	2.674	2.678	2.418	2.147	2.794	2.345	2.725	2.483	2.573	2.501	2.543	2.013	29.894	9,0%
CENTRO DE SALUD ALFONSO CORREA GRILLO	2.494	2.308	2.320	2.106	2.638	2.359	2.491	2.656	2.664	2.543	2.359	1.948	28.886	8,7%
CENTRO DE SALUD EL PARAISO	1.643	1.667	1.716	1.389	2.008	1.627	1.636	2.006	2.039	2.139	1.990	1.569	21.429	6,4%
CENTRO DE SALUD SANTA RITA	1.100	1.297	1.434	1.079	1.227	1.146	1.269	1.253	1.376	1.396	1.193	1.045	14.815	4,5%
CENTRO DE SALUD EL CAIMO	240	226	171	152	131	105	109	49	118	111	80	2	1.494	0,4%
EXTRAMURAL			11	64	2	17							94	0,0%
TOTAL	29.045	28.599	28.662	24.609	30.791	26.518	28.152	28.481	29.880	28.920	27.929	21.282	332.868	

Fuente de información Dinámica – modulo citas

Mundo salud para realizar el proceso de asignación de citas, hace uso de diferentes estrategias: presencial de lunes a viernes en horario de 7 am a 12 m. Callcenter de lunes a viernes en el horario de 1 pm a 5 pm, IkonoChat de lunes a viernes en horario de 7 am a 12 m; y solicitudes que se realizan por medio de correo electrónico que las hacen los diferentes entes de control y ERP. Igualmente se agendan citas prioritarias que son solicitadas por el servicio de urgencia con los facturadores.



MEDIO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL	%
PRESENCIAL	17.605	18.827	18.198	15.759	20.424	16.002	16.754	18.519	18.073	20.807	15.656	12.003	208.627	62,7%
TELEFONICO	6.179	5.158	3.973	2.937	4.643	4.861	4.538	3.576	5.498	4.773	5.881	2.961	54.978	16,5%
DEMANDA INDUCIDA	3.340	2.346	5.085	4.417	4.059	4.053	4.713	4.276	4.739	2.010	4.187	4.127	47.352	14,2%
WHATSAPP	1.124	1.521	620	803	1.021	878	935	895	587	585	1.082	1.321	11.372	3,4%
PRIORITARIAS	767	743	758	658	526	479	961	759	507	358	756	668	7.940	2,4%
CORREO ELECTRÓNICO	30	4	28	35	118	245	251	456	476	387	367	202	2.599	0,8%
TOTAL	29.045	28.599	28.662	24.609	30.791	26.518	28.152	28.481	29.880	28.920	27.929	21.282	332.868	

Fuente de información Dinámica – modulo citas

Las citas son asignadas en todas las instalaciones de red salud (UIS y centros de salud), garantizando la atención personal y telefónica en los horarios ya definidos,

igualmente se brinda apoyo al área asistencial si se hace necesario dar una cita de manera presencial en el horario en que se tiene definido para callcenter, con el fin de no generar inconformismo con el usuario, e igualmente aprovechar los espacios que se pueden generar entre las agendas de los médicos.

FACTURACIÓN

Para el año 2023 se generaron 415.891 facturas por un valor de \$27.906.796.265. Se tuvo un incremento de 3,1% pasando de 403.217 en el 2022 a 415.891 facturas generadas en el 2023. Comparando en valor total facturado tenemos un incremento de 21,4% pasando de \$22.993.930.364 en el 2022 a \$27.906.796.265 en el 2023

mes	año 2021		año 2022		año 2023	
	cantidad	Valor	cantidad	Valor	cantidad	Valor
enero	30.344	\$ 1.414.412.745	31.362	\$ 1.805.811.787	33.762	\$ 2.054.886.566
febrero	33.987	\$ 1.508.094.949	34.090	\$ 1.846.328.657	32.981	\$ 2.107.331.718
marzo	36.504	\$ 1.906.510.521	35.895	\$ 2.561.164.786	37.195	\$ 2.273.039.045
abril	36.986	\$ 1.843.907.444	30.585	\$ 1.679.343.763	32.003	\$ 1.988.637.704
mayo	37.402	\$ 1.759.522.100	34.757	\$ 1.880.971.355	40.308	\$ 2.408.200.361
junio	40.906	\$ 2.025.931.402	33.089	\$ 1.848.220.505	36.323	\$ 2.175.909.263
julio	40.218	\$ 1.869.357.206	30.225	\$ 1.559.898.278	33.045	\$ 2.263.454.690
agosto	43.201	\$ 1.938.252.866	40.088	\$ 2.015.585.555	38.165	\$ 2.804.241.723
septiembre	39.048	\$ 1.853.479.433	37.094	\$ 1.982.954.559	35.607	\$ 2.350.249.539
octubre	39.313	\$ 1.870.253.727	33.731	\$ 2.082.395.130	36.019	\$ 3.009.703.101
noviembre	36.456	\$ 1.917.406.349	34.218	\$ 1.962.028.086	33.475	\$ 2.525.912.132
diciembre	32.136	\$ 1.788.719.801	28.083	\$ 1.769.227.903	27.008	\$ 1.945.230.423
total	446501	\$ 21.695.848.543	403217	\$ 22.993.930.364	415891	\$ 27.906.796.265

Fuente de información Dinámica – modulo estadístico facturación

Por modalidad de cantidad facturas generadas se tiene el 82,9% corresponde a cápita, el 17% evento y 0,2% servicios particulares; por valor facturado se tiene 91,4% capitados, 8,4% evento y 0,2% particulares

TIPO FACTURACIÓN	CANTIDAD	%	VALOR	%
FACTURA_CAPITADA	380.263	91,4%	\$ 23.125.116.614	82,9%
FACTURA_EVENTO	35.002	8,4%	\$ 4.733.997.711	17,0%
FACTURA_PACIENTE	626	0,2%	\$ 47.681.940	0,2%
Total general	415.891		\$ 27.906.796.265	

Fuente de información Dinámica – modulo estadístico facturación

Por centros de atención la principal cede es la unidad intermedia sur, con un 45,2% de facturas generadas, y con un 56,5% del valor total facturado.

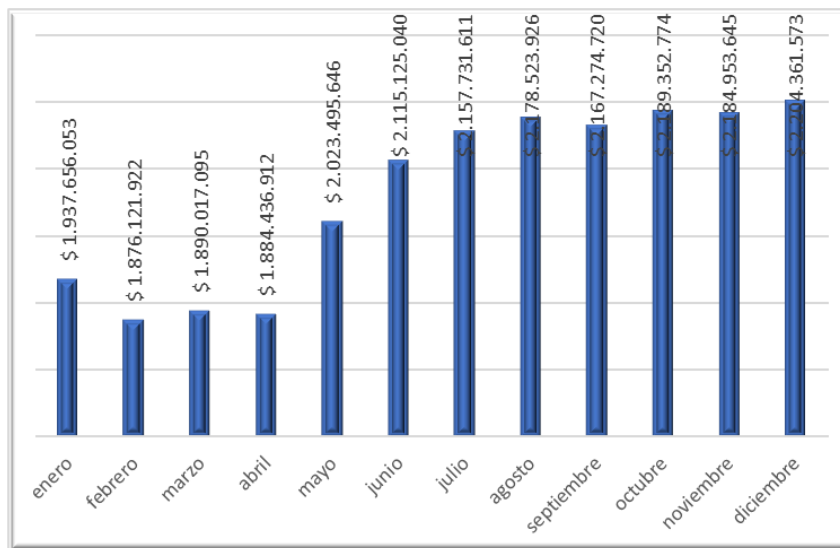
CENTRO DE ATENCIÓN	CANTIDAD	%	VALOR	%
UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	188.049	45,2%	\$ 15.769.558.388	56,5%
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA	65.233	15,7%	\$ 3.393.832.733	12,2%
CENTRO DE SALUD PILOTO URIBE	54.314	13,1%	\$ 3.148.407.054	11,3%
CENTRO DE SALUD CORREA GRILLO	28.224	6,8%	\$ 1.805.122.164	6,5%
CENTRO DE SALUD LA CLARITA	28.794	6,9%	\$ 1.765.066.824	6,3%
CENTRO DE SALUD PARAISO	18.357	4,4%	\$ 988.897.435	3,5%
CENTRO DE SALUD SANTA RITA	14.258	3,4%	\$ 601.243.455	2,2%
EXTRAMURAL	17.607	4,2%	\$ 381.412.670	1,4%
CENTRO DE SALUD EL CAIMO	1.055	0,3%	\$ 53.255.542	0,2%
TOTAL	415.891		\$ 27.906.796.265	

Fuente de información Dinámica – modulo estadístico facturación

Este proceso se realiza por medio de los facturadores que se encuentran en cada una de las unidades de atención de red salud (UIS y centros de salud) con los auxiliares de facturación asignados para esta labor, igualmente con los facturadores de urgencia en el que se brinda el servicio los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

RADICACIÓN

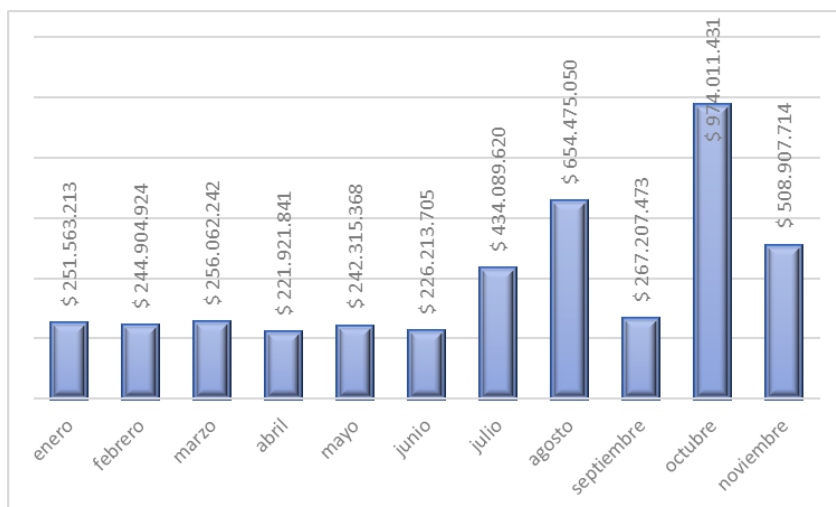
Toda la facturación por modalidad capita se radico ante las entidades responsables de pago según sus requerimientos y los tiempos que ellos tienen definidos:



CAPITA			
PERIODO	cantida	poblacion	valor
enero	13	94473	\$ 1.937.656.053
febrero	13	94104	\$ 1.876.121.922
marzo	13	95205	\$ 1.890.017.095
abril	13	94889	\$ 1.884.436.912
mayo	13	94701	\$ 2.023.495.646
junio	12	94668	\$ 2.115.125.040
julio	13	94640	\$ 2.157.731.611
agosto	13	94096	\$ 2.178.523.926
septiembre	13	93490	\$ 2.167.274.720
octubre	13	94384	\$ 2.189.352.774
noviembre	13	94075	\$ 2.184.953.645
diciembre	13	94990	\$ 2.204.361.573
total	155		\$ 24.809.050.917

Fuente de información, certificación generada desde facturación a cartera

Frente a la información de radicación, dado que se tiene hasta el día 20 del mes siguiente para realizar las respectivas radicaciones bajo la modalidad evento ante las diferentes entidades responsables de pago, se genera información con corte al 30 de noviembre.



evento		
PERIODO	cantida	valor
enero	2144	\$ 251.563.213
febrero	2180	\$ 244.904.924
marzo	2441	\$ 256.062.242
abril	2251	\$ 221.921.841
mayo	3924	\$ 242.315.368
junio	2964	\$ 226.213.705
julio	3155	\$ 434.089.620
agosto	4355	\$ 654.475.050
septiembre	3055	\$ 267.207.473
octubre	3177	\$ 974.011.431
noviembre	2817	\$ 508.907.714
total	32463	\$ 4.281.672.581

3.-CARTERA

En cuanto a la cartera por edades con corte a 31 de diciembre de la vigencia 2023, presenta una variación tendiente a incremento moderado respecto a la cartera de la vigencia 2022, como se muestra a continuación:

Cartera Total por edades comparativa

Subconcepto	Hasta 60	De 61 a 90	De 91 a 180	De 181 a 360	Mayor 360	Total Cartera Radicada	Giro para abono de facturación sin identificar	Deterioro acumulado de cuentas por cobrar - Prestación de Servicios
2022	1.175.833.893	590.481.258	1.634.191.070	1.638.360.495	6.944.217.091	11.983.083.807	1.070.885.032	3.034.349.492
2023	1.065.542.473	197.260.270	522.183.073	1.161.278.364	8.437.124.584	11.383.388.763	973.278.630	3.777.714.085
	-0,10	-1,99	-2,13	-0,41	0,18	-0,05	-0,10	0,20

120

Incremento que obedece a causas como pago incompleto de las capitas, ya que las ERP no cancelan el total de lo facturado para dejarlo como provisión y realizar los respectivos cruces en descuentos de PyD, al momento de liquidar el contrato de prestación de servicios. Además de entidades en liquidación, las cuales, aunque la E.S.E presento oportunamente acreencia ante los agentes de liquidación, estos dineros adeudados son inciertos, lo cual se cataloga como irrecuperable, la cual corresponde a un 38% del total de la cartera, tal como se muestra a continuación:

REGIMEN	VALOR	PORCENTAJE
CONTRIBUTIVO	1.680.244.209	14,5%
SUBSIDIADO	8.863.313.333	76,4%
ASEGURADORAS	38.795.892	0,3%
SOAT	370.801.609	3,2%
SECRETARIA DEP Y MUNICIPALES	365.602.152	3,2%
ARL	28.311.160	0,2%
ENTIDADES REGIMEN ESPECIAL	35.975.190	0,3%
PARTICULARES	215.206.823	1,9%
IPS PRIVADAS	345.219	0,0%
TOTAL CARTERA	11.598.595.586	100,0%

Al analizar la cartera frente al deterioro de las cuentas de cuentas por cobrar, entidades en liquidación e ingresos por identificar, se puede decir que la Institución probablemente tiene una cartera de \$2.120.503.896 que sería recuperable.

CARTERA RECUPERABLE	
TOTAL CARTERA RADICADA	11.598.595.586
DETERIORO	3.777.714.085
SALDO ENTIDADES EN LIQUIDACION	4.727.098.976
INGRESOS POR IDENTIFICAR	973.278.630
SALDO CARTERA	2.120.503.896

Cabe resaltar que la E.S.E ha fortalecido el proceso de Cobro Persuasivo y Coactivo, con el fin de poder recaudar dichos saldos evitando prescripción de la facturación.

4.-CONTABILIDAD

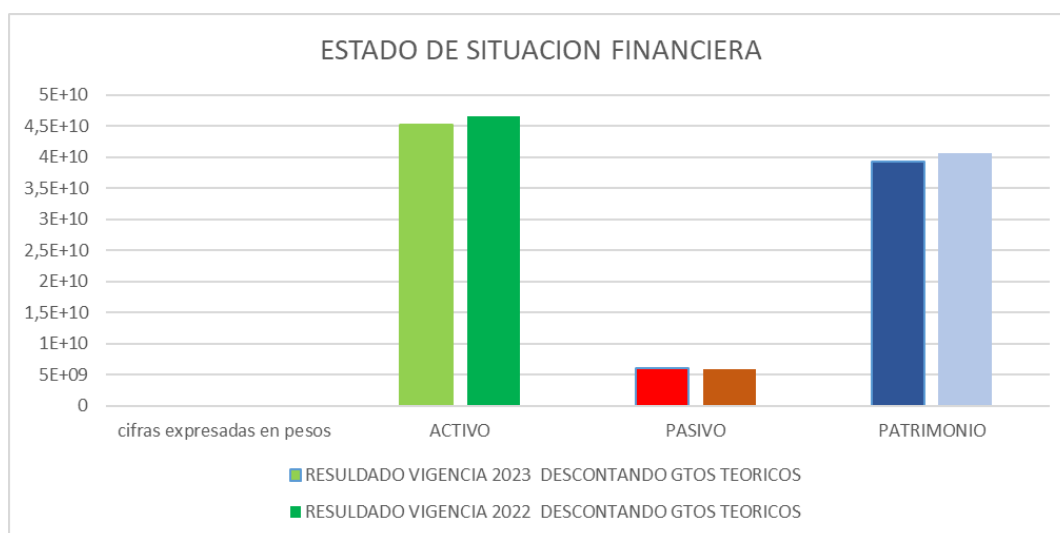
Desde el proceso contable, se realizó la presentación oportuna y cumplimiento de todas las obligaciones.

En cuanto a los Estados Financieros, que son el reflejo económico de la institución, estos fueron avalados y presentados de acuerdo a los requerimientos de los diferentes entes de control y de terceros.

ESTADOS FINANCIEROS

El total de Activos a diciembre 31 de 2023, ascendió a \$ 45.199.694.381, con una disminución del 3%, esto es 1.306.706.256 millones de pesos respecto del periodo anterior generado básicamente por la devolución de tres centros de salud a la Alcaldía de Armenia. Para esta misma vigencia el pasivo de la empresa representa más del 13% de los activos, es decir que la empresa cuenta con activos del 87%, para solventar sus pasivos.

SITUACION Financiera vigencia fiscal semestre 1 de 2023	RESULTADO VIGENCIA 2023 DESCONTANDO GTOS TEORICOS	RESULTADO VIGENCIA 2022 DESCONTANDO GTOS TEORICOS	%	CIBRA DE CRECIMIENTO
cifras expresadas en pesos				
ACTIVO	45.199.694.381	46.506.400.637	- 3	- 1.306.706.256
PASIVO	5.950.458.994	5.931.184.095	0,32	19.274.899
PATRIMONIO	39.249.235.387	40.575.216.542	- 3,27	- 1.325.981.155



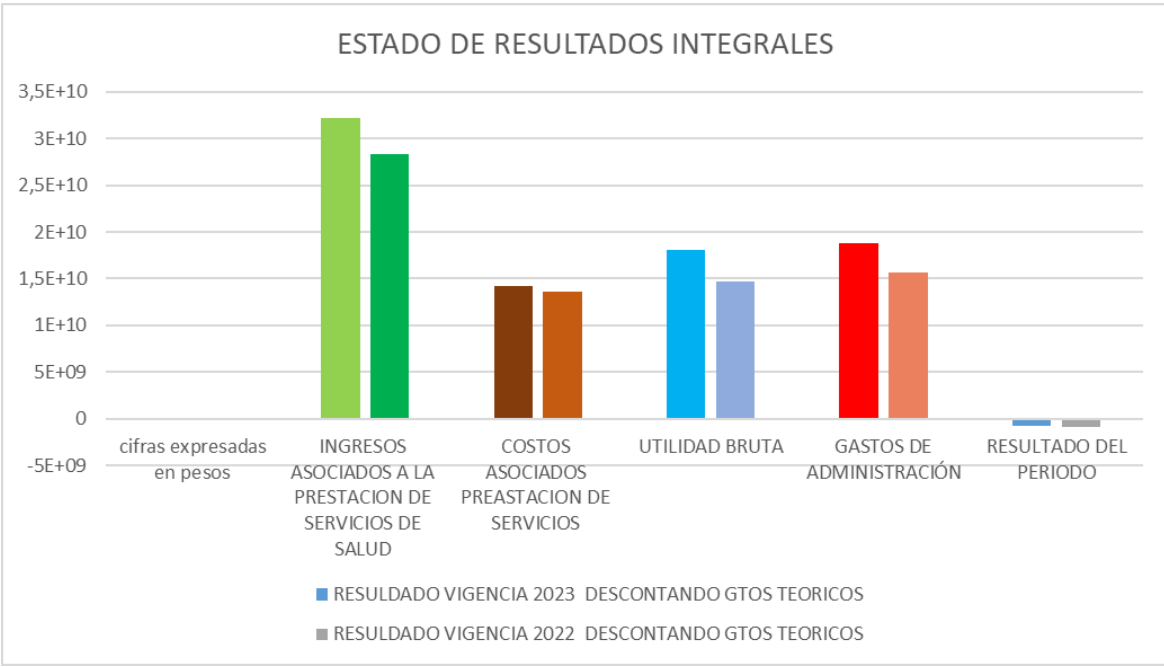
En cuanto al comportamiento en los activos, estos muestran un decremento de más de 1.306.706.256 millones respecto al año 2022; los dineros disponibles en bancos, comprenden el 20% de los activos, los cuales incluyen los dineros que se tienen para el proyecto de mejoramiento de infraestructura del Hospital, se destaca también, el fondo de cesantías retroactivas. La cuenta más significativa de los activos corresponde a la propiedad planta y equipo los cuales terminaron con un valor de \$26.455 millones.

PASIVOS

En pasivos, se incrementó en un 0.32%, ya que en los pasivos se incluyen todas las provisiones para prestaciones sociales y anticipos en venta de servicios de salud entre otros.

INGRESOS COSTOS Y GASTOS

RESULTADO VIGENCIA FISCAL SEMESTRE 1- 2023 ESTADOS FINANCIEROS	RESULTADO VIGENCIA 2023 DESCONTANDO GTOS TEORICOS	RESULTADO VIGENCIA 2022 DESCONTANDO GTOS TEORICOS	%	CIBRA DE CRECIMIENTO
cifras expresadas en pesos				
INGRESOS ASOCIADOS A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	32.214.923.241	28.341.475.540	14	3.873.447.701
COSTOS ASOCIADOS PREASTACION DE SERVICIOS	14.195.807.896	13.603.544.142	4	592.263.754
UTILIDAD BRUTA	18.019.115.346	14.737.931.399	22	3.281.183.947
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	18.794.618.138	15.619.724.232	20	3.174.893.906
RESULTADO DEL PERIODO	- 775.502.793	- 881.792.834	12	106.290.041



En cuanto al comportamiento de los ingresos de la vigencia ascendieron a la suma de \$3.873 millones, de los cuales \$705.523 millones fueron reconocidos como rendimientos financieros; Los gastos totales de administración terminaron en \$18.794 millones de pesos con unos costos operativos de \$14.195 millones lo que generó un déficit contable de \$775 millones. Resultado afectado por gastos que no generan desembolso de efectivo, como son las provisiones y los deterioros y depreciaciones.

NOTA: Se aclara a la fecha del reporte no se ha finalizado el respectivo cierre financiero por lo que esta pendientes por registrar partidas que pueden afectar algunas cifras entregadas de manera parcial, como lo es el registro de las partidas del deterioro de cartera, la conciliación entre el módulo de activos fijos y contabilidad entre otros. Al igual que los estados financieros de la entidad correspondiente a la vigencia 2023, no han sido aprobados por la alta dirección (Junta Directiva) ni dictaminados por la Revisoría Fiscal.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Durante el primer semestre del 2023 se ha logrado mejorar el área de sistemas desde varios aspectos importantes

- **Seguridad informática:**
Con el fin de minimizar los riesgos de ataques informáticos y pérdida de información se realiza contrato de administración de servidores donde se realiza una migración a Linux de servidor principal donde se mejora el rendimiento, se disminuye el costo en licencias por ser gratis y se aumenta la seguridad de la información.
También se configura servidor de dominio para crear políticas que permitan aumentar la seguridad informática y realizar trabajo colaborativo entre sedes.
Contrato PS042 valor \$ 78.000.000

- **Soporte software institucional:**
A comienzo de año una de las mayores debilidades fue el proceso de cierre financiero, esto debido a que los procesos internos no estaban integrados totalmente en Dinámica, porque los usuarios tenían desconocimiento del funcionamiento correcto, es por eso que se hace una inversión en soporte especializado del software a nivel de procesos para colaborar en el cierre e identificar todas las oportunidades de mejora y empezar a organizar todos los procesos. En lo que va del año se ha logrado mejorar lo siguiente:
 1. Capacitación en la integralidad del módulo de inventarios vs presupuesto
 2. Capacitación en la integralidad del módulo de activos fijos vs presupuesto
 3. Capacitación en la conciliación de glosas vs contabilidad

- 4. Revisión y ajuste de la parametrización del módulo de activos fijos
- 5. Capacitación en la conciliación del módulo de presupuesto vs contabilidad
- 6. Mejoramiento en el proceso de órdenes de pago desde tesorería
- 7. Creación de manuales de tarifas con UVT
- 8. Revisión de la estructura de costos y ajuste para la parametrización en el módulo de costos
- 9. Se inicia con la capacitación en el módulo de costos Hospitalarios
- 10. Mantenimiento Base de Datos Red Salud
- 11. Asesoría y Soporte en el Mejoramiento de Historias Clínica e Instrumentos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Materno Perinatal, de acuerdo a la versión con que cuenta Red Salud
- 12. El desarrollo de la actualización del Periodo automática para el Reporte de la 4505 – 202 y de la 2175, se procede a desarrollar y activar de forma automática fecha del periodo
- 13. El desarrollo de la obtención del Peso y Talla de forma Transversal, como base para el Reporte de la 4505 – 202 y de la 2175, se procede a desarrollar y activar de forma automática
- 14. Mejoramiento en la Variable VALE del Reporte de la 4505 - 202
- 15. Restablecimiento de las Tareas Programadas en el Motor de Base de Datos
- 16. Se realiza mejoramiento y activación de procesos automáticos, n la Gestión de la Información de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- 17. Optimización de la Historia Clínica de Promoción y Mantenimiento de la salud

Contratos PS040 Y PS101 Valor \$ 40.000.000

- **Actualización de equipos**

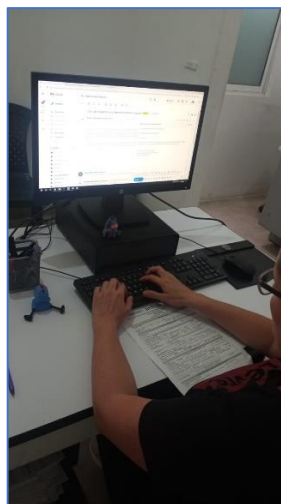
Una de las barreras más grandes para el sector salud es el presupuesto, debido a las carteras elevadas que tienen las EPS y sumado a eso muchas están liquidadas, es por eso que toca optimizar los recursos con los que cuenta la E.S.E, para ello se toma la decisión de repotenciar los equipos que aún no están obsoletos y que soportan las nuevas tecnologías, para ello se realiza compra de componentes y herramientas para mantenimiento de equipos, logrando repotenciar 30 equipos asistenciales en el primer semestre, con lo cual se logra mejorar la velocidad en el momento de diligenciar la Historia clínica.

Contrato CV02 \$ 36.197.000

- **Compra de equipos**

Se realiza compra de 10 computadores nuevos para reemplazar en los consultorios médicos que han reportado mayores fallas en lo que va corrido del año, con esto se logra tener el 100% de los computadores asistenciales en condiciones óptimas para prestar los servicios de salud a los usuarios.

Contrato CV08 \$ 70.000.000



- **Mantenimiento de red**

Se realiza contratación de ingeniero de apoyo para diagnosticar y mejorar la red de datos donde se avanza en los siguientes aspectos:

Se implementa una estrategia de actualización de componentes de red a los equipos que requieren de ellos para cumplir con los estándares de velocidad a 1Gbits, para ello se han instalado tarjetas de red que aumentan el canal de velocidad y la eficiencia del uso de los diferentes sistemas que se conectan a través de ellos, aparte de esto existen otros puntos de intervención que son las conexiones físicas, donde se han reemplazado los jacks, patch core y los RJ45 y así descartar y eliminar posibles fallas por conectividad física haciendo menos vulnerable a fallas el sistema de red estructurada cumpliendo con la normativa y también la configuración de los switch a la cual la red del hospital está adaptada.

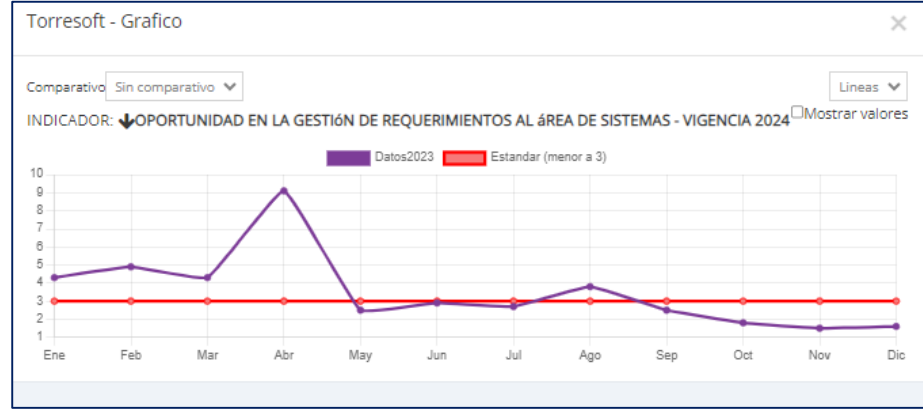
2. ANÁLISIS DE INDICADORES

Para el primer semestre los indicadores de sistemas sólo tuvieron una desviación en el indicador de oportunidad de atención a los requerimientos, esto debido a que para los centros de salud se debía esperar el transporte de los equipos y generaba largas esperas, por lo tanto, desde el área directiva se da un incentivo de rodamiento a los técnicos para que la mayoría de requerimientos sean solucionados en sitio, lo cual tuvo éxito y mejoró el indicador llevándolo al estándar de 3 días.

En la siguiente imagen se puede ver el cuadro de indicadores de sistemas.

5	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL - URGENCIAS (Número)	20,00	20,00	20,00	60,0									
6	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-ÁREA ADMINISTRATIVA/APOYO DE LA UIS (Número)	255,00	255,00	255,00	765,0									
7	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-CENTRO DE SALUD ALPONDO CORREA GRILLO (Número)	10,00	10,00	10,00	30,0									
8	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-CENTRO DE SALUD EL CAJINO (Número)	150,00	150,00	150,00	150,0									
9	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-CENTRO DE SALUD LA CLARITA (Días)	12,00	12,00	12,00	36,0									
10	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-CENTRO DE SALUD PILOTO URIBÉ (Días)	14,00	14,00	14,00	42,0									
11	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-CONSULTA EXTERNA DE LA UIS (Número)	150,00	150,00	150,00	450,0									
12	EQUIPOS DE CÓMPUTO (PC FIJOS, PORTÁTILES, TABLETS, ENTRE OTROS) DE USO ASISTENCIAL-HOSPITALIZACIÓN (Número)	5,00	5,00	5,00	15,0									
13	Oportunidad en la gestión de requerimientos al área de sistemas (Días)	4,30	4,90	4,28	9,13	2,50	2,70	2,67	3,79	2,49	1,75	1,48	1,64	3,5
14	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PLAN DE CONTINGENCIA EN EL SIMULACRO (Proporción)												90,00	90,0
15	PORCENTAJE DE ATAQUES INFORMÁTICOS EFECTIVOS (Porcentaje)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
16	Porcentaje de creación de usuarios nuevos (Porcentaje)												100,00	100,0
17	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LOS SIMULACROS PROGRAMADOS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN (Porcentaje)												100,00	100,0
18	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES EN EL MANEJO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO (Porcentaje)												100,00	100,0
19	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE LA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN (Número)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0

A continuación, la gráfica donde se evidencia la mejora del indicador de oportunidad.



3. Estrategias nuevas implementadas

1. Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de sistemas de información donde mes a mes se logró mejora continua del proceso entre ellos mejorar la oportunidad de atención a requerimientos y la atención a requerimientos en cada sede evitando traslados de equipos en la mayoría de los casos.

Trabajo en equipo para las actividades del PAMEC de gerencia de la información donde se logra 97% de cumplimiento, siendo el PAMEC con mayor cumplimiento en la institución.

GESTIÓN AMBIENTAL

Durante la vigencia 2023, desde el proceso de gestión ambiental se elaboraron y presentaron los siguientes informes a las autoridades sanitarias y ambientales dando cumplimiento a la resolución 1164 de 2002, decreto 351 de 2014 y el decreto 1076 de 2015:

127

- **Informe a la gestión interna de residuos generados en la atención en la salud y otras actividades durante la vigencia 2022** para la Unidad Intermedia del Sur y Centros de salud que hacen parte de la Red, el cual fue reportado a la Secretaria De Salud Municipal en el formato asignado por la autoridad sanitaria.
- **Reporte en el aplicativo web del IDEAM (Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos – RESPEL)** sobre la generación y manejo de residuos peligrosos durante la vigencia 2022 para la Unidad Intermedia del Sur y centros de salud que hacen parte de la Red.
- **Informe Rendición de Cuenta Formato F16 Gestión Ambiental para la vigencia 2022**, en el cual se informó que dicho formato NO APLICA para la entidad debido a la subjetividad de los conceptos referenciados y la forma de interpretación del término “Proyectos Ambientales”, ya que Red Salud Armenia E.S.E. cuenta con diversas actividades ambientales como: socializaciones en temas relacionados con la gestión integral de residuos peligrosos y no peligrosos. Asimismo, campañas ambientales relacionadas con el uso eficiente de los recursos naturales, todos estos sin rubros asignados ni ejecutados, actividades que no generan ningún costo para la institución.

Por medio del **Programa de Responsabilidad Social Empresarial** de la ESE, se definieron y ejecutaron diferentes iniciativas ambientales encaminadas disminuir el impacto ambiental negativo derivado de nuestra actividad económica y así lograr un desarrollo sostenible en el entorno y la comunidad que rodea la institución.

Con la ejecución de las iniciativas descritas a continuación, Red Salud Armenia ESE además contribuye en la consecución de algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales buscan alcanzar un futuro sostenible para toda la población mundial. Entre las iniciativas implementadas se tienen:

Recolección de tapas plásticas



128

Se recolectó un total de 150 kilos de tapas plásticas en las 7 sedes de Nuestra Red, las cuales fueron entregadas a la **Fundación Lazos Humanos**, mejorando así la calidad de vida de niños diagnosticados con enfermedades de alto costo y dejando de enviar estos residuos a un relleno sanitario, dando más vida útil al mismo.

Recolección de pilas usadas



Se recolectó un total de 12 kilos de pilas usadas en las 7 sedes de Nuestra Red, las cuales fueron entregadas a la **Corporación Pilas con el Ambiente**, quienes se encargan de darle un manejo ambiental seguro a dichos residuos, evitando así que lleguen a rellenos sanitarios, botaderos a cielo abierto o espacios inadecuados. Adicionalmente, por cada kilo de pilas entregadas a dicha corporación, la misma donó 100 pesos a la **Fundación Sanar**, quienes brindan apoyo psicológico y emocional a niños con cáncer.,

Siembra de arboles



129

Se realizó la **siembra de 21 árboles** en el sector del paradero de buses contiguo a la Unidad Intermedia del Sur, con la cual se disminuyen los impactos ambientales negativos derivados de nuestra actividad económica, permitiendo así la captación de Dióxido de Carbono (CO₂), generación de Oxígeno (O₂), purificación del aire, y evitando la erosión de los suelos.

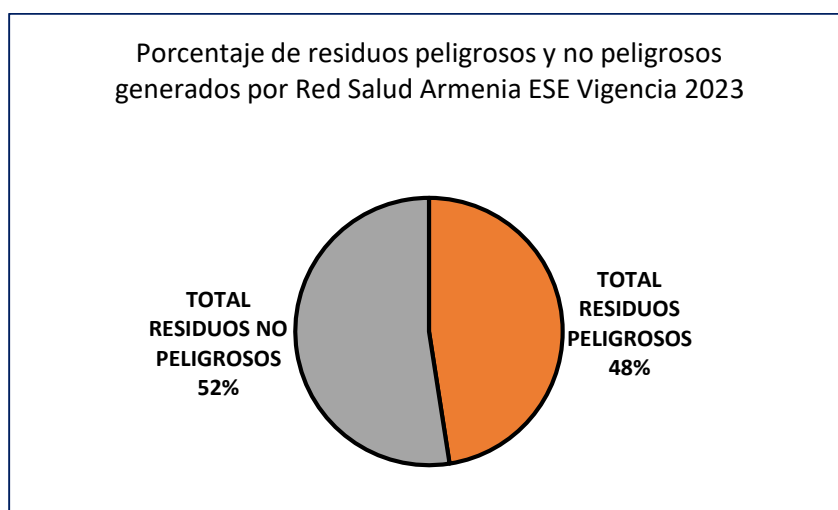
Sensibilización uso eficiente y ahorro del agua y la energía



Se sensibilizaron los funcionarios de las diferentes sedes de la Red en cuanto al uso eficiente y ahorro del agua y la energía, compartiendo a los asistentes los diferentes tips que se pueden implementar para optimizar el uso de dichos recursos. Esta actividad se realizó en acompañamiento de personal de la empresa de energía del Quindío EDEQ.

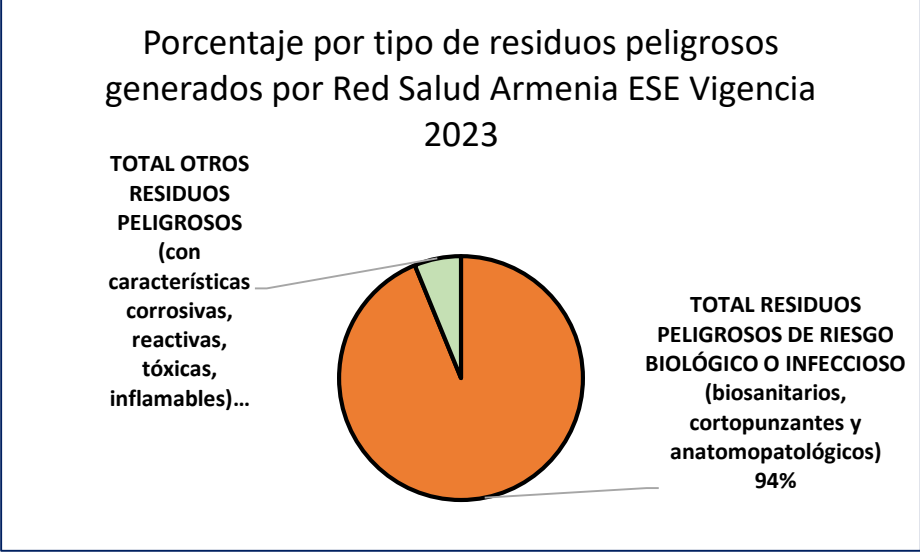
Por medio del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades (PGIRASA) de Red Salud Armenia ESE, se pudo llevar registro de la totalidad de residuos generados en la Unidad Intermedia del Sur y Centros de Salud que hacen parte de la Red durante la vigencia 2023, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

AÑO	TOTAL RESIDUOS PELIGROSOS	TOTAL RESIDUOS NO PELIGROSOS	TOTAL RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD
2023	17.500, 8 Kg	19.312,2 Kg	36.813 Kg



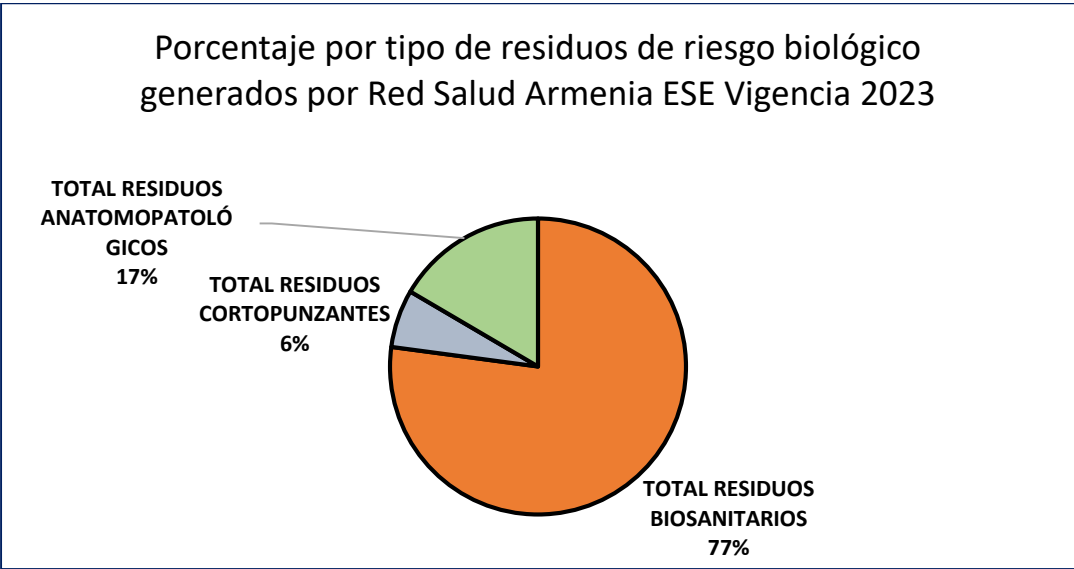
Respecto a los residuos peligrosos generados por Red Salud Armenia ESE durante la vigencia 2023, la cantidad por tipo de residuo fue la siguiente:

AÑO	TOTAL RESIDUOS PELIGROSOS DE RIESGO BIOLÓGICO O INFECCIOSO (biosanitarios, cortopunzantes y anatomopatológicos)	TOTAL OTROS RESIDUOS PELIGROSOS (con características corrosivas, reactivas, tóxicas, inflamables)	TOTAL RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD
2023	16.418,7 Kg	1.082,1Kg	17.500, 8 Kg



Del total de residuos peligrosos de tipo riesgo biológico o infeccioso generados por Red Salud Armenia ESE durante la vigencia 2023, estos se distribuyeron de la siguiente manera:

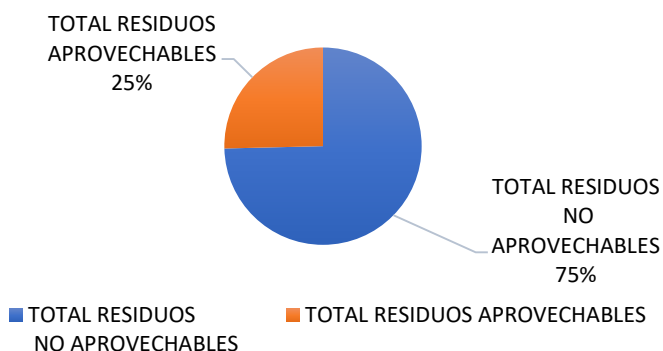
AÑO	TOTAL RESIDUOS BIOSANITARIOS	TOTAL RESIDUOS CORTOPUNZANTES	TOTAL RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS	TOTAL RESIDUOS PELIGROSOS DE TIPO RIESGO BIOLÓGICO O INFECCIOSO GENERADOS EN LA ATENCION EN LA SALUD
2023	12.660,85	1.039,65	2.718,2	16.418,7



En cuanto a los residuos no peligrosos generados en la atención en la salud por Red Salud Armenia ESE durante la vigencia 2023 se tiene distribuyeron de la siguiente manera:

AÑO	TOTAL RESIDUOS NO APROVECHABLES	TOTAL RESIDUOS APROVECHABLES	TOTAL RESIDUOS NO PELIGROSOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN LA SALUD
2023	14.411	4.901,2	19.312,2

Porcentaje por tipo de residuos no peligrosos generados por Red Salud Armenia Vigencia 2023



BIENES Y SERVICIOS

INFORME DE GESTION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO VIGENCIA 2023



- Actividades de infraestructura realizadas para el periodo semestral conforme lo programado en el Plan de Mantenimiento Hospitalario aprobado para la respectiva vigencia; En este ítem la Oficina de Bienes y Servicios detalla las actividades desarrolladas verificando lo programado.
- Se realiza seguimiento al Presupuesto asignado al Plan de Mantenimiento Hospitalario: en este aspecto la Oficina de Bienes y Servicios verifica que, de acuerdo a las evidencias presentadas por el Área Financiera, se haya presupuestado para cada vigencia el 5% de los ingresos para el Mantenimiento Hospitalario; según lo expuesto en formato (REPORTE SEMESTRAL DE CONTROL EN LA EJECUCION DEL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO 2023) se puede observar que lo asignado al PMH es del 5%.

Descripción de Actividades Realizadas para el segundo semestre de 2023

1. Visita y Mantenimiento Locativo:

Se realizaron visitas de inspección; a continuación, se detallan por cada centro de salud los mantenimientos, adecuaciones físicas realizadas y material utilizado entre el 01 de julio al 31 de diciembre del 2023:

a. Piloto Uribe:

- Mantenimiento a unidad sanitaria que se encontraba obstruida en el consultorio 1.
- Mantenimiento a poceta y sifones del centro de salud. Encontrándose obstruidos por diferentes materiales.
- Mantenimiento a puntos de la red eléctrica.
- Reparación de compresor

Materiales utilizados

- Toma eléctrico
- Canaletas
- Cables
- Sonda
- Diablo rojo

b. CAA del Sur

- Cambio de timbre e instalación de pilas AA.
- Instalación de 4 puntos eléctricos.
- Adecuación de espacio para oficinas
- Arreglo de oficina de calidad
- Arreglo puerta de baño de calidad
- Cambio de chapa en baño.
- Instalación de tablero en oficina de control interno
- Reubicación de televisor en la sala de espera
- Resane de pared y pintura

- Revisión puntos de regulada oficina de control interno.

Materiales utilizados

- Timbre.
- Pilas AA.
- Estuco
- Pintura
- Chapa
- Chazos
- Tomas de sobreponer

134

c. La Clarita

- Cambio de llave y manguera lavamanos de usuarios
- Se refuerza el techo con amarras
- Conversión de 3 lámparas consultorio Jefe del centro de salud.
- Se ajusta puerta y chapa del ingreso al centro de salud.

Materiales utilizados

- Llave de lavamanos
- Manguera
- Tornillos
- Chapa
- Lámpara led
- Amarras

d. Paraíso

- Se realiza refuerzo y arreglo en puerta de la cocineta del centro de salud.
- Se realiza arreglo de la puerta de residuos del centro de salud.
- Se realiza cambio del fluidmaster y se arregla manija de baño del consultorio 1.
- Se opaliza vidrios de las ventanas de odontología del centro de salud el paraíso.

Materiales utilizados

- Tornillos
- Soldadura
- Fluidmaster
- Manija para tanque de baño
- Papel opalizado

e. Correa Grillo

- Arreglo de cajón higiene oral.
- Instalación de chapa de escritorio
- Opalizado de vidrios consultorios de odontología.

- Se realiza mantenimiento preventivo y se lleva a cabo arreglo del compresor.

Materiales utilizados

- Papel opalizado
- Chapa de escritorio
- Tornillos
- Válvula de sellado

135

f. Caimo

- Poda de césped
- Instalación de llave

Materiales utilizados

- Cable para yoyo de guadaña
- Gasolina
- Llave

g. La Milagrosa

- Cambio de vidrios entrada principal y puerta lateral.
- Se realiza puesta de cadena en entrada principal y puerta lateral.
- Se tapona tubería de antiguo lava platos.

Materiales utilizados

- Vidrios
- Pegante
- Cadena
- Candado
- Tapón de presión.
- Pegante en húmedo.

h. Santa Rita

- Limpieza de canaleta
- Estabilización de lavamanos de usuarios
- Arregla fuga de agua en lavamanos
- Se destapa poceta
- Se destapa baño
- Mantenimiento eléctrico a la planta eléctrica
- Instalación de canaletas consultorio odontológico

Materiales utilizados

- Canaletas
- Chazos
- Tornillos
- Diablo rojo
- Sonda

i. Unidad Intermedia del Sur

1er Piso

- Se arman 16 bases para instalación de aires acondicionados
- Se organizan redes y cableado de red eléctrica en bodega de farmacia
- Se arregla lámpara del área de lavado.
- Arreglo lámpara oficina SIAU
- Cambio de llave área de lavandería
- Cambio de llave n pocte de urgencias
- Se limpia canal de la oficina de correspondencia (paradero)
- Arreglo goteras de la oficina de correspondencia
- Instalación de baranda para ingreso al hospital
- Pintura de oficina primer piso
- Retiro de caja eléctrica del primer piso
- Se cambia Switche de luz
- Se intala punto de aire acondicionado
- Se instala punto de regulada en financiera
- Se organiza canaleta en farmacia
- Soldadura puerta de residuos
- Soldadura silla ergonómica de epidemiología
- Tanqueo de la planta eléctrica

2do Piso

- Se cambia llave de lavamanos en el baño de los médicos de Urgencias
- Arreglo camilla de urgencias
- Arreglo de chapa urgencias
- Arreglo silla urgencias
- Arreglo lámpara en farmacia urgencias
- Aseguramiento de pipetas de oxígeno
- Cambio de candado de urgencias
- Cambio de llave urgencias
- Cambio de lavamanos urgencias
- Cambio de puerta en la DTH.
- Control de goteras
- Instalación codo tubería en odontología
- Instalación de línea polo, cuarto de UPS.
- Se instala lavamanos en el pasillo de urgencias
- Se cambia de posición los vidrios de las ventanillas de facturación
- Se instala transferencia en el cuarto de la UPS.
- Se realiza mantenimiento al circuito de código azul en urgencias
- Soldadura de silla de laboratorio
- Traslado e instalación de tablero en urgencias.

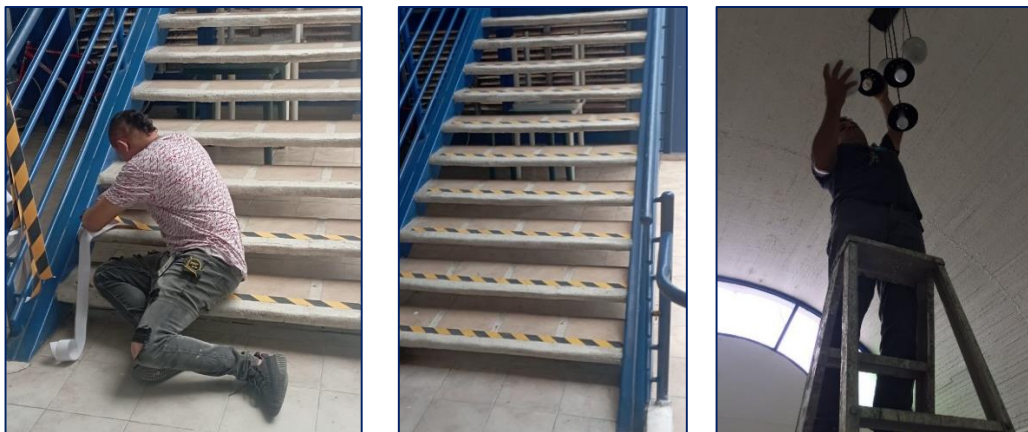
3er Piso

- Se organiza circuito en oficina de la DTA
- Se realiza mantenimiento a humedades en poceta del tercer piso
- Arreglo de chapa den hospitalización
- Ajuste ascensor en el tercer piso

- Mantenimiento en techo de laboratorio
- Conversión de lámparas
- Mantenimiento a bombillos en los baños de los consultorios 4-5 y 6 de consulta externa
- Mantenimiento a lámparas de la sala de partos
- Mantenimiento a puerta de hospitalización
- Instalación de canaleta en hospitalización
- Se abre acceso a hospitalización.
- Mantenimiento a ducha de hospitalización
- Se arman bases para rejas
- Instalación de rejas nuevas en el área de hospitalización
- Instalación de un punto de regulada tercer piso al lado de vacunación
- Levantamiento de muro de gestión ambiental
- Mantenimiento de escritorios tercer piso
- Mantenimiento de sillas y escritorios secretaria de gerencia
- Mantenimiento en paredes del área de esterilización y gerencia
- Se destapa poceta
- Se realiza mantenimiento a iluminación eléctrica realizando cambio de bombillo a lámpara led.
- Traspaso de puerta de ingreso del área de hospitalización

Materiales utilizados

- Pintura gretotex blanca
- Sikafil 7 años
- Alumband
- Sicaflex
- Cemento
- Lámparas led
- Tubos led
- Tomacorriente
- Alambre
- Estuco
- Puntillas
- Tornillos
- Chapas
- Chazos
- Tubos metálicos
- Canaletas
- Soldadura
- Diablo rojo



Rutas de Recolección de Residuos Hospitalarios:

La entidad Red Salud Armenia cuenta con un contrato vigente con la empresa EMDEPSA para la prestación del servicio de recolección, transporte, almacenamiento, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos generados, de acuerdo a las rutas de recolección programadas para cada una de las sedes. Es de aclarar que actualmente la RED cuenta con la Unidad Intermedia del Sur y siete (7) Centros de Salud (CAA SUR, Piloto Uribe, Paraíso, Clarita, Correa Grillo, Caimo, Santa Rita) activos con corte al 31 de diciembre del 2023.

Embelllecimiento en las áreas comunes de los Centros de Salud:

Se cumplió con las actividades programadas para el segundo semestre de la vigencia 2023.

Mantenimiento de Sistemas:

Dentro del Plan de Mantenimiento Hospitalario, se contempla el mantenimiento de equipos de cómputo de las diferentes áreas y procesos de la Red hospitalaria, donde según cronograma; para el segundo semestre del 2023.

Para el mes de Julio del 2023 se programaron y se ejecutaron 31 mantenimientos.

Para el mes de agosto del 2023 se programaron y se ejecutaron 31 mantenimientos.

Para el mes de septiembre del 2023 se programaron y se ejecutaron 31 mantenimientos.

Para el mes de octubre del 2023 se programaron y se ejecutaron 31 mantenimientos.

Para el mes de noviembre del 2023 se programaron y se ejecutaron 31 mantenimientos.

Para el mes de diciembre del 2023 se programaron y se ejecutaron 27 mantenimientos.

Dando así un cumplimiento del 100%, cumpliendo con los mantenimientos programados y ejecutados para cada mes.

Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Laboratorio Clínico y Odontología:

Dentro de la programación de mantenimientos preventivos de los equipos biomédicos, del 01 de julio al 31 de diciembre del 2023, correspondiente al segundo semestre, se notifica que;

Para el mes de Julio del 2023, no se programa ningún mantenimiento preventivo ya que es equivalente al semestral de enero, en el cual no se contaba con contrato de mantenimiento.

Para el mes de agosto del 2023, se programaron 5 servicios para mantenimientos preventivos, tales como: Piloto Uribe (Odontología), Paraíso (Odontología), Santa Rita (odontología y consulta externa), Farmacia UIS, de los cuales se ejecuta el 100%.

Para el mes de septiembre del 2023, se programaron 8 servicios para mantenimientos preventivos, tales como: Caimo (odontología), CAA del Sur (odontología), Correa Grillo (odontología), Obstetricia, Esterilización, móvil 165, móvil 166 y la Unidad medico odontológica, de los cuales se ejecuta el 100%.

Para el mes de octubre del 2023, se programan 5 servicios para mantenimiento preventivo La Clarita (odontología), UIS (odontología, Laboratorio clínico, urgencias, Móvil 60 y Móvil 61) de los cuales se ejecuta el 100% de los mantenimientos.

Para el mes de noviembre del 2023, se programan 6 servicios para mantenimiento preventivo UIS (Hospitalización, consulta externa, PADO), Piloto Uribe, CAA sur y Correa Grillo de los cuales se ejecuta el 100% de los mantenimientos.

Para el mes de diciembre del 2023, se programan 5 servicios para mantenimiento preventivo Vacunación, Paraíso, Caimo, Clarita, Móvil 51, de los cuales se ejecuta el 100% de los mantenimientos. Se tenía programada también la Móvil 50 pero esta fue dada de baja.

Componente de Infraestructura

EJECUCIÓN OBRA PROYECTO AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR FASE I

Durante lo corrido del 2023 se realiza la ejecución del contrato de obra 001-2021, el cual inicia el 23 de diciembre de 2021 y se realizan intervenciones en áreas de contingencias y en áreas de ampliación sectorizadas por módulos, presentando el siguiente avance a la fecha del 24 de julio de 2023, cuando se suspende por segunda ocasión, la obra vuelve a ser reanudada el 10 de octubre del 2023, con suspensión nuevamente el 07 de diciembre del 2023.

- Contingencia del Área administrativa: Tan pronto se reinicia la obra el 10 de octubre, se traslada el área administrativa de la ESE para la zona adecuada de contingencia en el tercer piso.
- Módulo F, nivel 0.00: Aquí se proyecta la unidad funcional de “Docencia-servicio”, levantando la estructura hasta la placa de entrepiso, además la actualización estructural a nivel de cimentación de dos columnas que se ubican en esta zona. A partir del reinicio de la obra el 10 de octubre del 2023, se completa la estructura en concreto del edificio F desde el nivel 0,00 hasta el nivel 3,50.
- Módulo F, nivel 3.50: Aquí se proyecta la ampliación del servicio de urgencias para la sala de espera con cafetería exterior; obra que se logra avanzar en actividades de cimentación y estructura metálica hasta el nivel 7.00; estando pendiente la colocación de la teja de cubierta, para poder continuar con las actividades programadas de mampostería redes de instalaciones y acabados.
- Módulo I, nivel 3.50: Aquí se proyecta la ampliación del servicio de urgencias para la unión del área actual de urgencias con el área actual administrativa; obra que se logra avanzar en las actividades de cimentación y estructura en concreto hasta el nivel 10.50; estando pendiente la colocación de la teja de cubierta, para poder continuar con las actividades programadas de mampostería redes de instalaciones y acabados.
- Módulo G, nivel 0.00: Aquí se proyecta la ampliación para la reubicación de la subestación eléctrica y de centrales de residuos y de gases medicinales; obra que se logra avanzar en las actividades de movimiento de tierras, cimentación y parte de la superestructura como lo son elementos de columnas y muros de contención.

La obra que se encontraba suspendida desde el 19 de octubre de 2022, se reinicia el 2 de mayo de 2023, debiendo suspenderse el 24 de julio de 2023, por vencimiento de pólizas, con reanudación el 10 de octubre del 2023, y con fecha de nueva suspensión el 07 de diciembre del 2023, durante dos meses.

Ejecución obra del proyecto de ampliación de capacidad instalada del servicio de hospitalización, para pacientes Covid-19.

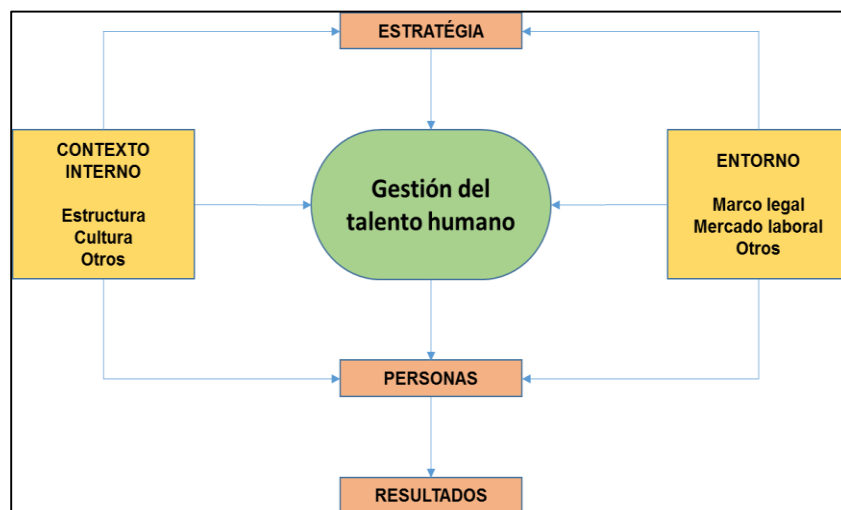
Para el mes de diciembre de 2023, se entrega esta obra a la ESE, la cual se dota con las camas, monitores de signos vitales y resto de la dotación que hace parte del proyecto.



TALENTO HUMANO

En el mapa de procesos de RED SALUD ARMENIA E.S.E., el proceso de Talento Humano se encuentra clasificado como Estratégico, su objetivo es el de generar políticas e implementar planes y programas de la gestión del talento humano bajo el principio de justicia, equidad y transparencia, al realizar, selección, vinculación, inducción, capacitación y formación, evaluación de Desempeño, Bienestar Laboral e incentivos y retiro, desarrollando y generando conciencia en la seguridad y salud en el trabajo y el desempeño ambiental en los servidores públicos de la entidad, bajo el marco de la normatividad legal vigente que conlleve al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.

MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO



En cumplimiento a los Planes Institucionales de Talento Humano, se llevó a cabo las siguientes actividades realizadas hasta 31 de diciembre del 2023:

- ✓ Plan Estratégico de Talento Humano 2023
- ✓ Plan Anual de Vacantes 2023
- ✓ Plan de Previsión del Recurso Humano
- ✓ Plan Institucional de Capacitación Vigencia 2023
- ✓ Plan de Bienestar Social Vigencia 2023
- ✓ Plan de SSSGT
- ✓ Proceso de Inducción Institucional 2023
- ✓ Liquidación de Prestaciones Sociales y Factor Salarial
- ✓ SIGEP –PASIVO COL
- ✓ Cesantías.

142

PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO:

El Plan Estratégico de Talento Humano tiene como propósito la alineación de la estrategia de la entidad, materializada en el Plan Estratégico y el Plan Anual de Gestión, consignadas en los Planes del área de talento humano.

Para el logro del Direccionamiento estratégico en Red Salud Armenia E.S.E., se elaboró el Plan Estratégico de Gestión del Talento Humano, el cual tiene como objetivo la alineación de los principios organizacionales, desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

PLAN ANUAL DE VACANTES

El Plan Anual de Vacantes tiene por objetivo la provisión definitiva de los empleos según sus características:

- ✓ Empleos de carrera administrativa, ofertados en el marco de la Convocatoria Proceso de Selección Empresas Sociales del Estado con las directrices impartidas en la Circular Externa N° 0016 del 22 de Octubre del 2020, emitida por la Comisión Nacional del Servicio Civil, se proveen a través de las listas de elegibles vigentes. Se ofertaron 22 cargos Misionales, los cuales se encontraban en vacancia definitiva ocupados hasta el momento en provisionalidades y encargos
- ✓ Los empleos de libre nombramiento y remoción, cuyas vacantes surjan en la vigencia, se proveen a través del sistema de meritocracia.

- ✓ La provisión transitoria de los empleos de carrera administrativa se hace a través de las figuras de encargo o excepcionalmente mediante nombramiento provisional.

PLAN DE PREVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El Plan de Previsión de Recursos Humanos es un instrumento de gestión del talento humano que permite contrastar los requerimientos de personal con la disponibilidad interna que se tenga del mismo, a fin de adoptar las medidas necesarias para atender dichos requerimientos.

De conformidad con el artículo 2.2.22.3.14 del Decreto No. 1083 de 2015, adicionado por el artículo 1 del Decreto 612 de 2018, el Plan Previsión de Recursos Humanos debe integrarse al Plan de Acción, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, busca fortalecer la medición del desempeño de la administración pública, fortaleciendo el talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por tanto, es el gran factor crítico de éxito, que les facilita la gestión y el logro de los objetivos y los resultados. El talento humano está conformado por todas las personas que prestan sus servicios a la entidad y que contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo para que las entidades públicas cumplan con su misión y respondan a las demandas de los ciudadanos.

Que se realizó un estudio a la Planta de Empleo de la entidad en la cual se pudo determinar que los cargos administrativos son mínimos y se hace necesario para el cumplimiento de la misión Institucional tener un Recurso Humano competente, para desarrollar las actividades y programas; la Entidad vincula personal a través de Prestación de Servicios y/o Tercerizando el proceso, lo cual ha llevado a la entidad a muchas demandas por la figura jurídica de contrato realidad y pérdida de memoria Institucional.

Que para la vigencia 2023 se realizó un estudio técnico y financiero de rediseño institucional de la entidad el cual hace referencia a la estructura administrativa basada en proceso, un análisis de procesos por opciones prioritarias, análisis de funciones, actualización de manual de funciones y el estudio de cargas laborales, arrojó como resultado la propuesta de planta de personal acorde a las necesidades administrativas para la operación de la Entidad y la prestación efectiva de bienes y servicios.

Que el estudio técnico y financiero del rediseño institucional de la Entidad arrojó la sostenibilidad financiera de la reforma de la planta de acuerdo a su Estructura

Orgánica coherente con el Modelo de Operación por Procesos en el fortalecimiento de Gestión del Talento Humano.

De acuerdo a la nueva estructura la planta de empleo de la entidad quedo conformada por 143 cargos en una planta global.

Plan Institucional De Capacitación

Red Salud Armenia ESE diseñó este Plan institucional de Capacitación, con el objeto de fortalecer las competencias comportamentales y funcionales de los servidores públicos de la Entidad, con la capacitación se espera lograr un buen desempeño de los funcionarios y se trabajará en el mejoramiento y difusión del proceso de capacitación.

Por lo anterior, la capacitación redunda en el crecimiento personal y profesional de los funcionarios, reflejándose en su desempeño laboral, en sus relaciones familiares, sociales y con el entorno y por ultimo fortaleciendo la seguridad del paciente.

Durante la vigencia 2023 se utilizaron 3 estrategias (multiplicadores, capacitaciones gratuitas y capacitaciones pecuniarias) para cumplir con el cronograma de la educación al personal de Red Salud Armenia.

La estrategia más utilizada durante esta vigencia, fue la de multiplicadores, lo que permitió que se diera cumplimiento al 100% del plan de capacitaciones de la siguiente manera:

	TEMAS	ESTRATEGIA	PERSONAL BENEFICIADO
1	Comunicación asertiva	Capacitación Gratuita	Secretarias
2	Comunicación y Liderazgo	Capacitación pecuniaria	Servidores Públicos
3	Gestión de Riesgo	Capacitación pecuniaria	Control Interno y Calidad
4	Servicio al Cliente	Capacitación gratuita	Personal de urgencias
5	Asistencia Administrativa	Técnico SENA	Auxiliar Administrativo
6	Educación Continua	Multiplicadores	Médicos
7	Despliegue y evaluación de la política de humanización.	Multiplicadores	Médicos, Odontólogos, Auxiliares de Enfermería
8	Curso de Violencia Sexual	Capacitación gratuita	Talento humano de consulta externa, internación y el servicio de urgencias)

9	Curso de víctimas de ataques con Agentes Químicos	Capacitación gratuita	Talento humano de los servicios de transporte asistencial, atención pre hospitalaria y urgencias
10	Curso de alturas	Capacitación gratuita	Personal de mantenimiento

Plan de bienestar e incentivos

El Plan de Bienestar Social e Incentivos para la vigencia 2023, se llevó a cabo dando cumplimiento a las metas organizacionales, fomentando el reconocimiento y estímulo al desempeño eficaz y compromiso de los servidores públicos, se fortaleció el plan de estímulos según Acuerdo colectivo celebrado entre SINDESS y Red Salud Armenia E.S.E. vigencias 2022-2023.

Programas Plan De Bienestar Social Vigencia 2023 (Elaborado en base a los resultados obtenidos de la encuesta realizada en enero de 2023).

Actividades desarrolladas de acuerdo al Plan de Bienestar y el Acuerdo Colectivo (2022-2023)

Cumpleaños: Se concedió un día libre remunerado con ocasión de su cumpleaños. Conforme a la negociación colectiva entre SINDESS y Red Salud Armenia.

Auxilio Recreativo:

Se les reconoció un bono recreativo por valor de (\$230.000) a los servidores que dentro de la vigencia no reclamaron ningún auxilio (48 funcionarios)

Actividad a los Niños (Hijos de los funcionarios)

Dentro del Plan de Bienestar y acuerdo colectivo se les reconoció un bono recreativo por valor de (\$230.000) a 42 hijos de los servidores públicos hasta los 18 años cumplidos y en estado de discapacidad.

INCENTIVOS NO PECUNIARIOS: La entidad dentro del Plan de Bienestar social de la vigencia 2023, tuvo contemplado un incentivo pecuniario de un bono recreativo por valor (\$230.000) a 60 servidores públicos que obtuvieron Calificación sobresaliente vigencia 2022-2023. Motivando de esta manera el desempeño eficaz en los Servidores Públicos.

AUXILIOS EDUCATIVOS: Se otorgó el Auxilio educativo a 48 funcionarios y los hijos de los funcionarios de planta que se encontraban estudiando en los Niveles de:

- ✓ Prescolar
- ✓ Primaria
- ✓ Secundaria

- ✓ Técnicos
- ✓ Tecnologías
- ✓ Universitarios
- ✓ Posgrados
- ✓ Especializaciones y maestrías.
- ✓

Auxilio Visual: Conforme a la negociación realizada entre SINDESS y Red Salud Armenia, se otorgó una ayuda de (\$200.000) a 21 funcionarios, como ayuda para la compra de lentes.

Auxilio Odontológico: Conforme a la negociación realizada entre SINDESS y Red Salud Armenia, se otorgó una ayuda de (\$200.000), a 16 funcionarios como ayuda para procedimientos odontológicos.

Seguro de Vida: La entidad mediante el Comité de Bienestar Social y el Acuerdo Colectivo se actualizó la Póliza de Seguro de vida (SURA) para los servidores Públicos inscritos en la Planta de empleo de la entidad.

Auxilio Fúnebre: Mediante el acuerdo colectivo celebrado entre Red salud armenia y SINDESS, la entidad reconoció 6 auxilios fúnebres públicos que presentaron la solicitud de ayuda por fallecimiento de (Madre, Hermano, Suegra) de diferentes funcionarios.

La entidad reconoció a 44 servidores públicos estímulo un bono recreacional por no reclamar durante la vigencia ningún tipo de ayuda, el cual tenía como fin la motivación a la recreación y esparcimiento.

Por Celebración Navideña se les otorgo a los funcionarios sindicalizados un día de descanso las cuales fueron concertadas entre el 15 de diciembre del 2023 y el 15 de enero de 2024.

Se le otorgo a los servidores públicos en el I. y II semestre del 2023, el día de la Familia, fomentando la buena interacción de los servidores y sus familias.

PROCESO DE INDUCCIÓN INSTITUCIONAL VIGENCIA 2023

Desde el proceso de Talento Humano de la empresa, en acompañamiento con el Proceso de Acreditación de la entidad se fundamentó la Inducción en forma virtual realizando un Video Institucional por cada uno de los líderes de los procesos

El contar con un manual de inducción permitió Instruir a los nuevos y antiguos servidores públicos sobre los asuntos relacionados con los diferentes procesos institucionales, en especial, con aquellos inherentes a sus actividades, al igual que sus responsabilidades individuales, sus deberes y sus derechos en la

Empresa. Así como Identificar los conocimientos y habilidades de los nuevos y antiguos servidores públicos, con el fin de precisar las capacidades e iniciar el acercamiento a los compañeros con miras a integrarlos a los equipos de trabajo que forman parte del proceso con el fin de conservar trabajadores eficientes, motivados, estimulados y capacitados.

PRESTACIONES SOCIALES Y REGIMEN SALARIAL

147

El área de Talento Humano canceló a 117 funcionarios de planta activos, las Prestaciones Sociales a que tiene derecho los servidores públicos en la vigencia 2023, de acuerdo con las normas vigentes, que están clasificadas en:

- ✓ Salarios
- ✓ Prima de Vacaciones.
- ✓ Vacaciones.
- ✓ Prima de Navidad.
- ✓ Cesantías.
- ✓ Prima de Servicio
- ✓ Bonificación por Servicios prestados
- ✓ Bonificación por recreación
- ✓ Dotación

CESANTIAS

Por medio del Comité de Cesantías de la entidad se otorgaron en la vigencia 2023, anticipos de cesantías del régimen Retroactivo y Ley 50, régimen anualizado.

SIGEP

El área de Talento Humano en cumplimiento Al SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO - SIGEP. Registro el 100% de las hojas de vida de los funcionarios de planta.

Se actualizó la plataforma del SIGEP y en forma física la Declaración de Bienes de los servidores públicos inscritos en la Planta de empleo de la entidad para la vigencia 2023.

CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO

Instituciones Educativas y Programas vinculados

Instituciones de educación superior:

Tabla No. 1 Listado Convenios Docencia Servicio

Orden	Institución de Educación Superior
1.	Universidad del Quindío
2.	CUE Alexander von Humboldt
3.	Universidad Católica de Manizales
4.	Universidad Libre, sede Pereira
5.	Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD
6.	Universidad Clarentina
7.	Universidad Iberoamericana
8.	Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Regional Quindío
9.	Instituto INEC, Sede Armenia
10.	Instituto Salud Plus
11.	Instituto Francisco de Paula Santander

148

Programas Académicos

Tabla No. 2 Listado Programas Académicos ofertados

Orden	Programas Académicos
1.	Medicina General
2.	Enfermería
3.	Gerontología
6.	Bacteriología
7.	Odontología
8.	Psicología Clínica
10.	Tecnología de Farmacia
11.	Técnico Auxiliar en Servicios Farmacéuticos
12.	Técnico Auxiliar en Enfermería
14.	Técnico Auxiliar en Higiene oral
15.	Técnico Auxiliar en Administración en Salud

Población Estudiantil Beneficiada

Tabla. No. 3 No. de Estudiantes admitidos

Orden	Periodo Académico	No. de estudiantes
1.	Total vigencia 2023	928

Implementación Laboratorio de Simulación Clínica “Gloria Inés Valois Velásquez”

En desarrollo de la alianza interinstitucional con el Servicio Nacional de Aprendizaje -Sena, Regional Quindío, se dio apertura en la Unidad Intermedia del Sur, al Laboratorio de Simulación Clínica “Gloria Inés Valois Velásquez”, lo que le está permitiendo a Red Salud Armenia E.S.E., continuar “Impulsando la Academia y ascender en la región hacia liderazgos por disponer de recursos tecnológicos y pedagógicos para ofertar un aprendizaje experiencial, en ambientes seguros e incluyentes y beneficiar a todos los estudiantes de nuestras aliadas instituciones de educación superior y a nuestro talento humano en salud.

149

Ambientes simulados de aprendizaje

- * Debriefing (aula de clase)
- * Sala de Hospitalización adultos
- * Sala de Hospitalización pediátrica
- * Sala de ginecobstetricia (atención del parto y del recién nacido en condición de normalidad y código rojo)
- * Sala Simulación trastornos neurofisiológicos
- * Sala Simulación cuidado crítico y reanimación cardiopulmonar
- * Sala Anatomage
- * Sala de procedimientos, inyectología, ostomías, sondas, curaciones
- * Área de Triage y observación clínica

1. Manual Diagnóstico de Capacidad Instalada, versión 3 de 2023

Describe al detalle número de camas hospitalaria, camillas de observación, consultorios de medicina, enfermería, otras disciplinas, unidades odontológicas, horarios de atención y ubicaciones geográficas.

2. Manual Proceso de evaluación de Prácticas Formativas y supervisión, versión 3 de 2023.

Describe los lineamientos de evaluación de los escenarios clínicos para prácticas formativas mediante realización cuestionario dirigido a usuarios, estudiante y funcionarios.

3. Manual de Estudios e Investigación Académica en Salud, versión 1 de 2023

El documento define los lineamientos de estudios, investigaciones proyectos de interés académico, no incluye experimentación con seres humanos.

Define estudios internos, es decir aquello que realiza la organización por interés propio.

Estudios académicos son aquellos que se realiza con las Instituciones de Educación Superior nivel profesional y de posgrado como requisito de titulación.

Proyectos académicos

UCM: Tuberculosis, estrategias de Salud Pública

Programa de enfermería: Actualización de protocolos:

1. Inserción y retiro de sonda vesical
2. Inserción y retiro de zona nasogástrica
3. Toma de electrocardiograma
4. Administración de medicamentos
5. Control de líquidos administrados y líquidos eliminados
6. Manejo del carro de paro
7. Medidas de aislamiento
8. Notas de enfermería

Programa de gerontología

Tamizaje Adultez y vejez, 90 sujetos

Universidad del Quindío: Programa de Enfermería

Informe de seguridad en el trabajo: Laboratorio clínico, urgencias y CAA del Sur

PROCESOS DISCIPLINARIOS

PROCESOS DISCIPLINARIOS RED SALUD ARMENIA E.S.E. 2023		
PROCESOS PRELIMINAR PREVIO		
RADICADO	PROCESOS	FECHA DE TERMINACIÓN
SPI 01 DE 2023	Indeterminados " Con el fin de determinar la responsabilidad en la facturación pendiente de radicar de las vigencias 2014 a 2016"	24/07/2023
PROCESO INVESTIGACION DISCIPLINARIA		
SC 001 DE 2023	"Maltrato verbal"	27/06/2024

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se realiza rendición de cuentas desde el mes de junio 2023 fecha la cual ingreso como líder de seguridad y salud en el trabajo.

A continuación, se relaciona actividades realizadas en el transcurso del segundo semestre del año 2023.

Programa estructura empresarial:

Asesoría técnica para reporte de enfermedades laborales.
Actualización de la política del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST)
Identificación de peligros y riesgos asociados al ambiente físico.
Actualización de estándares mínimos SG-SST, 2023
Asesoría y asistencia técnica en la implementación de protocolos de bioseguridad por actividad económica bajo.

Programa preparación y atención en emergencias.

Para el crecimiento de este programa de la institución Red salud Armenia E.S.E se contó con el apoyo absoluto de la alta dirección, asimismo con los diferentes líderes de procesos, para así poder dar una respuesta preventiva y mitigación de accidentabilidad de los funcionarios, A continuación, se describen las actividades realizadas.

Convocatoria de brigadas de emergencia
Conformación de brigadas de emergencia
Se documentó la brigada de emergencia
Capacitación a los integrantes de las brigadas de emergencia, contando con el apoyo del cuerpo oficial de bomberos.
Certificaciones bomberiles UIS y centros de salud vigencia de 1 año.
Revisión de botiquines en toda la entidad.
Recepción de donación de botiquines tipo C y tablas espinas.
Actualización del plan hospitalario de emergencias.

Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo a la normatividad vigente, el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, se reunió de manera mensual.

Reuniones	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
COPASST						X	X	X	X	X	X	X

Actividades del copasst

- Creación de resolución No 177 del 8 de mayo del 2023, por medio de la cual se deroga la resolución 073 del 1 de marzo del 2021 y define la conformación del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2023-2025.
- Inspecciones de puestos de trabajo en la entidad.

Estándares mínimos (Resolución 0312 2019)

Actualización de programas de SG-SST
Actualización y socialización del programa de prevención de riesgo químico
Actualización y socialización del programa de trabajo seguro en alturas.
Creacion de programa del programa de seguridad vial.
Socialización del manual de bioseguridad
Rondas de aplicación de listas de chequeo del manual de bioseguridad
Verificación del cumplimiento individual en las diferentes áreas según el kit correspondiente.
El kit # 1 está dirigido para la protección del área critica en procedimientos con generación de aerosoles
El kit # 2 está dirigido para la protección del área crítica con baja probabilidad de generación de aerosoles
El kit # 3 está dirigido para la protección del área semi-critica en procedimientos con generación de aerosoles sea en modalidad Intramural o extramural.
El kit # 4 está dirigido para la protección del área Semi-crítica en procedimientos con baja probabilidad de generación de aerosoles.
El kit # 5 está dirigido para la protección del área no crítica en procedimientos con baja probabilidad de generación de aerosoles.
Capacitaciones encaminadas a la prevención y protección de los funcionarios.
Capacitación en trabajo en alturas
Capacitación en riesgo biológico
Capacitación en riesgo locativo (caídas al mismo nivel)
Capacitación enfermedad y accidente laboral
Capacitación bioseguridad
Actividades de pausas activas
Actividades de hábitos y estilos de vida saludable.
Capacitación Lavado de manos
Capacitación Uso adecuado de EPP
Capacitación Inducción y reinducción
Ruta de reporte de incidentes y accidentes de trabajo.
Riesgo Químico
Manejo de estrés y riesgo psicosocial.
Orden y aseo
Humanización
Biomecánica
Prevención del tabaco

Informes

Dentro de los documentos entregados a las diferentes entidades que realizan auditoria se puede relacionar los siguientes:

Auditoria control interno.
Seguimiento a recomendaciones médicas ocupacionales: Se realiza seguimiento de condiciones y eventos en salud del personal y así determinar las condiciones de salud de la población y mejorar la calidad de vida.
Reporte, investigación de accidentes y enfermedad laboral los cuales se reportan mediante la plataforma de la ARL FURAG.
Autoevaluación de estándares mínimos con un puntaje de 97.5%

153

Actividades del copasst

- Creación de resolución No 177 del 8 de mayo del 2023, por medio de la cual se deroga la resolución 073 del 1 de marzo del 2021 y define la conformación del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2023-2025.
- Inspecciones de puestos de trabajo en la entidad.

Estándares mínimos (Resolución 0312 2019)

Actualización de programas de SG-SST
Actualización y socialización del programa de prevención de riesgo químico
Actualización y socialización del programa de trabajo seguro en alturas.
Creacion de programa del programa de seguridad vial.
Socialización del manual de bioseguridad
Rondas de aplicación de listas de chequeo del manual de bioseguridad
Verificación del cumplimiento individual en las diferentes áreas según el kit correspondiente.
El kit # 1 está dirigido para la protección del área crítica en procedimientos con generación de aerosoles
El kit # 2 está dirigido para la protección del área crítica con baja probabilidad de generación de aerosoles
El kit # 3 está dirigido para la protección del área semi-crítica en procedimientos con generación de aerosoles sea en modalidad Intramural o extramural.
El kit # 4 está dirigido para la protección del área Semi-crítica en procedimientos con baja probabilidad de generación de aerosoles.
El kit # 5 está dirigido para la protección del área no crítica en procedimientos con baja probabilidad de generación de aerosoles.
Capacitaciones encaminadas a la prevención y protección de los funcionarios.
Capacitación en trabajo en alturas

Capacitación en riesgo biológico
Capacitación en riesgo locativo (caídas al mismo nivel)
Capacitación enfermedad y accidente laboral
Capacitación bioseguridad
Actividades de pausas activas
Actividades de hábitos y estilos de vida saludable.
Capacitación Lavado de manos
Capacitación Uso adecuado de EPP
Capacitación Inducción y reinducción
Ruta de reporte de incidentes y accidentes de trabajo.
Riesgo Químico
Manejo de estrés y riesgo psicosocial.
Orden y aseo
Humanización
Biomecánica
Prevención del tabaco

Informes

Dentro de los documentos entregados a las diferentes entidades que realizan auditoria se puede relacionar los siguientes:

Auditoria control interno.
Seguimiento a recomendaciones médicas ocupacionales: Se realiza seguimiento de condiciones y eventos en salud del personal y así determinar las condiciones de salud de la población y mejorar la calidad de vida.
Reporte, investigación de accidentes y enfermedad laboral los cuales se reportan mediante la plataforma de la ARL FURAG.
Autoevaluación de estándares mínimos con un puntaje de 97.5%

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Este proceso se programó con 59 actividades, las cuales se presentaron a comienzo de la vigencia para su aprobación. en el comité del 9 de febrero de 2023. Con respecto al desarrollo y cumplimiento del programa, Para la vigencia 2023 se programaron 59 actividades entre mesas de trabajo asesorías y socialización de eventos las cuales se cumplieron en un cien por ciento (100%).

Ver cuadro anexo.

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DESDE LA OFICINA DE MIPG

CONSOLIDADO PLAN DE TRABAJO MIPG VIGENCIA 2023					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FRECUENCIA PROGRAMADA	CUMPLIMIENTO EN NUMERO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
COMITÉ MIPG	Subgerencia de planificación	6	6	100%	
socialización Auto diagnósticos	Subgerencia de planificación	2	2	100%	
Diligenciamiento Furag	Planeación	1	1	100%	
socialización resultados del Furag	Subgerencia de planificación	1	1	100%	
Presentación planes institucionales vigencia 2023 según decreto 612 de 2018	Coordinadores y Líderes de cada área	1	1	100%	
Dimensiones	Mesas de Trabajo				
1. talento humano	Gestión del talento Humano y integridad	Coordinador Talento Humano	5	5	100%
2. Direccionamiento estratégico y planeación	Plan anticorrupción	jefe de planeación	3	3	100%
3. Gestión con valores para el Resultado	gobierno digital	Líder de sistemas	4	4	100%
	Defensa jurídica	Área jurídica	4	4	100%
	trámites	Líder de sistemas (neti)	5	5	100%
	servicio ciudadano	Líder SIAU	5	5	100%
	participación ciudadana	Líder de SIAU	5	5	100%
4. Evaluación de Resultados	Rendición de cuentas	Jeje de planeación	1	1	100%
	ND				
5. Información y comunicación	gestión documental	jeje de archivo (pinar)	4	4	100%
	transparencia y acceso a la información	Líder comunicaciones	2	2	100%
	Gestión de la información estadística	jeje de planeación y Or	2	2	100%
6. Gestión del conocimiento	Gestión del conocimiento y la innovación	Líder de sistemas y tecnologías	4	4	100%
7. Control interno	control interno	jeje de control interno	4	4	100%
8. Capacitación	Subgerencia administrativa	Subgerencia de planificación			
TOTAL ACTIVIDADES			59	59	100%
Elaboró: Planeación			0.0%		

PLAN DE ACCIÓN DESDE LAS DIMENSIONES

DIMENSIONES	POLITICA	No DE ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSIBLE	AVANCES
1- Talento Humano	Talento Humano	4	100%	Talento Humano	En lo que se refiere a esta actividad se ha venido desarrollando en total normalidad dando cumplimiento a lo programado en el plan de acción a la fecha su cumplimiento es de un 100 %
	Integridad	1	100%	Talento Humano	Se dio cumplimiento en los dos periodos establecidos al código de integridad
2 -					Este proceso se llevó a cabo, dando

Direcionamiento estratégico y planeación	Plan anticorruption	1	100%	Planeación	cumplimiento a lo programado como actividad de direccionamiento estratégico y política de la entidad. Este proceso se cumplio en un 100% para la vigencia 2023.
3- Gestión con Valores para el Resultado	Servicio ciudadano	5	100%	Siau	Proceso que se desarrolla mes a mes cumplimiento 100%
	Participación ciudadana	3	100%	Siau	esta actividad se le dio cumplimiento en los periodos programados en un 100% apporto evidencias
	Gobierno Digital	3	100%	Sistemas	Las tres actividades para la vigencia 2023 se cumplieron en su totalidad de acuerdo al plan de acción
	Defensa Jurídica	2	100%	jurídica	Se han aportado las evidencias de los resultados obtenidos en las distintas jurisdicciones y todos los elementos relacionados con la defensa jurídica. Cumplimiento 100%
	Tramites	3	100%	sistemas	Cumplimiento del 100% en lo proyectado para esta vigencia
	Rendición de cuentas	1	100%	Planeación	Se realizó la rendición de cuentas, en el mes de mayo dando cumplimiento a esta actividad en un 100% apporto evidencias
4- Información y Comunicaciones	Transparencia y acceso a la información	4	100%	Comunicación	Se realizaron todos los aportes relacionados con los 4 compromisos programas
	Gestión Documental	3	85%	archivo	Cumplimiento en un 85%
	Gestión de la Información Estadística	1	100%	Dir.	Cumplimiento 100%
5- Gestión del Conocimiento y la innovación	Gestión del conocimiento y la innovación	1	0%	Talento Humano	El plan de acción programado no se cumplió
6- Gestión del Control Interno	Control Interno	3	100%	Control Interno	Los procesos programados como actividad en el plan de acción de las dimensiones se cumplió en un 100%

Para la vigencia 2023 se suscribieron 35 planes de acción los cuales fueron concertados con cada uno de los líderes de política de gestión y desempeño responsable de su ejecución. De las 35 actividades, 34 de ellas cumplieron en un 100%, la dimensión Gestión del conocimiento y la innovación no cumplió su objetivo.

Lo que quiere decir que el MIPG en su plan de acción desde las dimensiones se cumplió en un 97.14% para esta vigencia.

COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO MIPG.

Durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2023, se realizaron de manera bimensual 6 comité en los cuales se trataron temas concernientes a:

157

- Presentación de los planes institucionales
- Estrategias de audiencia pública de rendición de cuentas 2022
- Socialización de autodiagnósticos primer trimestre de 2023
- Socialización del manual operativo MIPG versión 5
- Seguimiento a los planes de acción desde el comité y desde las dimensiones
- Evaluación de las dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión MIPG 2023
- Seguimiento a los planes estratégicos de la tecnología de la información, plan de seguridad de la información, plan de tratamiento de la seguridad de la información y avances de la política de gobierno digital y tramites.
- Presentación y socialización de los resultados del furag 2022.

MESAS DE TRABAJO

En la vigencia 2023 se realizaron 48 mesas de trabajo con todos os lideres responsables de las políticas del modelo de gestión.

Las mesas de trabajo tenían como objetivo asesorar y hacer seguimiento a los diferentes relacionados en los planes de acción desde las dimensiones, evidencias que están relacionadas in los informes trimestrales de la POA.

Los avances en la implementación de cada una de las dimensiones y políticas del M.I.P.G. son el resultado de una gestión articulada entre los diferentes responsables de las mismas; producto de ejercicios de autoevaluación y establecimiento de planes de acción; articulada también con los demás planes institucionales; a través de la cual, también se ve fortalecido el Modelo por cuanto se trazan directrices a todos los niveles de la institución, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales; con evaluaciones periódicas; por parte de la Oficina de planeación y control interno.

ACTUALIZACIÓN DE AUTODIAGNOSTICOS.

ACTUALIZACION AUTODIAGNOSTICOS TERCER TRIMESTRE DE 2023						
DIMENSIÓN	AUTODIAGNÓSTICO	Actualización 1er trimestre 2022	Actualización 3er trimestre 2022	Actualización 1er trimestre 2023	Actualización 3er trimestre 2023	Variación
1. TALENTO HUMANO	1.1. Gestión del Talento Humano.	73.5	73.5	73.5	73.5	0.0
	1.2. Integridad.	88.0	88.0	88.0	88.0	0.0
2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y	2.1. Plan Anticorrupción.	38.0	38.0	39.0	39.0	0.0
	3.1. Gobierno Digital.	48.7	52.8	63.1	76.0	12.9
3. GESTION CON VALORES PARA EL RESULTADO	3.2. Defensa Jurídica.	33.8	33.8	33.6	33.3	0.3
	3.3. Servicio al Ciudadano.	75.3	91.8	98.1	99.0	0.9
	3.4. Trámites.	22.6	26.3	26.3	26.3	0.0
	3.5. Participación Ciudadana	31	14.6	33.2	34.2	0.0
	3.6. Rendición de Cuentas.	84.5	86.6	87.7	88.0	0.3
	4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	N.D.				
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	5.1. Gestión Documental.	95.3	94.0	91.6	96.3	14.7
	5.2. Transparencia y acceso a la información.	81.5	82.2	86.2	86.7	0.5
	5.3. Gestión de la Información Estadística	69.2	72.2	78.3	82.9	4.6
6. GESTION DEL CONOCIMIENTO	6.1. Gestión del conocimiento y la innovación.	45.0	34.0	34.0	33.0	5.0
7. CONTROL INTERNO	7.1. Control Interno	37.1	38.8	39.6	39.7	0.1

En este informe se presenta un cuadro comparativo entre el primer trimestre de 2022 hasta el último trimestre del 2023, En el análisis es notorio un aumento en la calificación de los autodiagnósticos en su mayoría con respecto al cierre del 2022.

La gestión del talento humano mantiene una constante desde año 2022 su auto calificación es de 73.5, poco avance en sus procesos, direccionamiento y planeación se incrementó en los niveles más altos de la tabla con su plan anticorrupción, defensa jurídica aumento en 0.3 punto, Gestión de la información estadística aumento en 4.6, y paso de color amarillo a verde, rendición de cuentas mejoro en 0.3, control interno 0.1, Estos 7 autodiagnósticos muestran un mejoramiento en sus procesos internos, aunque no muy significativos estos aumentos son muy importantes para la calificación de FURAG.

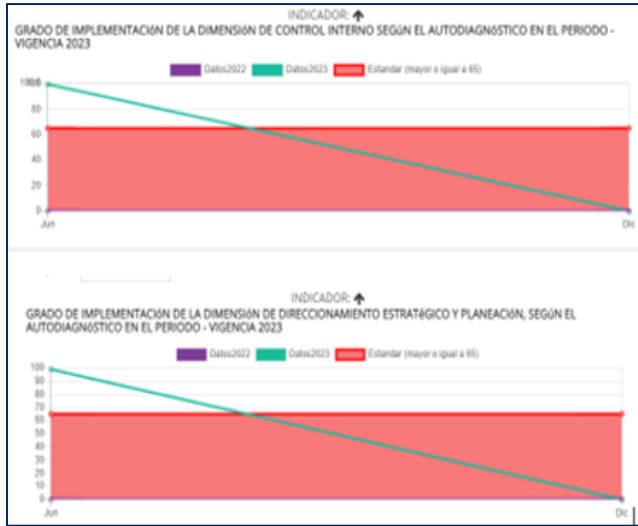
Otros autodiagnósticos como integridad, plan anticorrupción servicio ciudadano, tramites, gestión documental transparencia y acceso a la información, muestran mejoras constantes en su calificación.

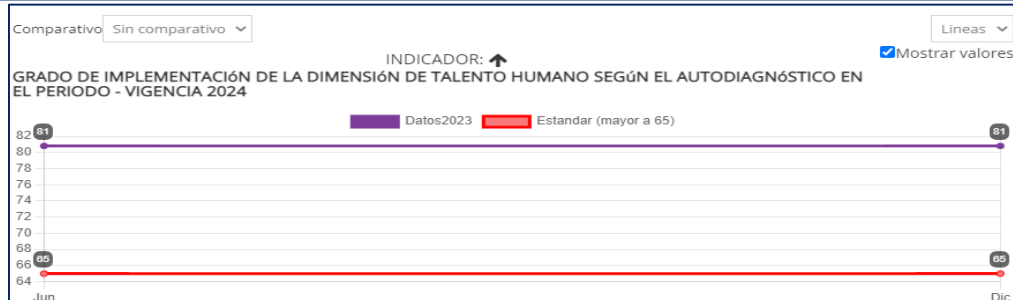
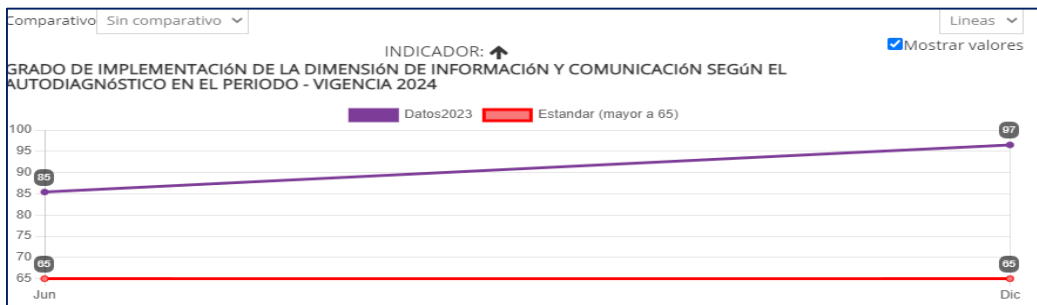
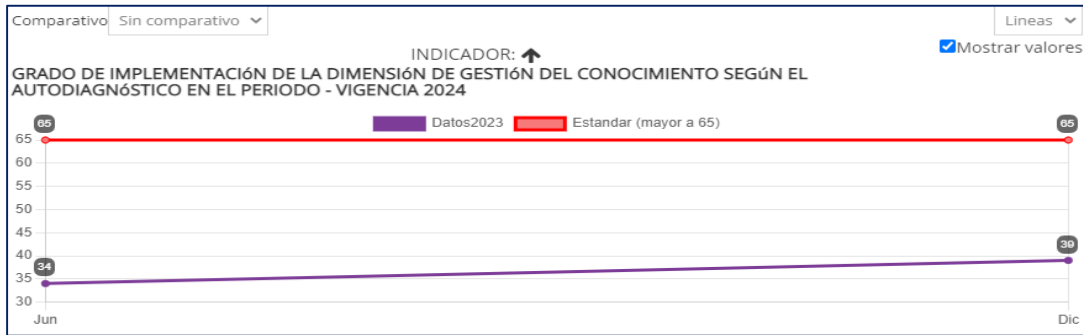
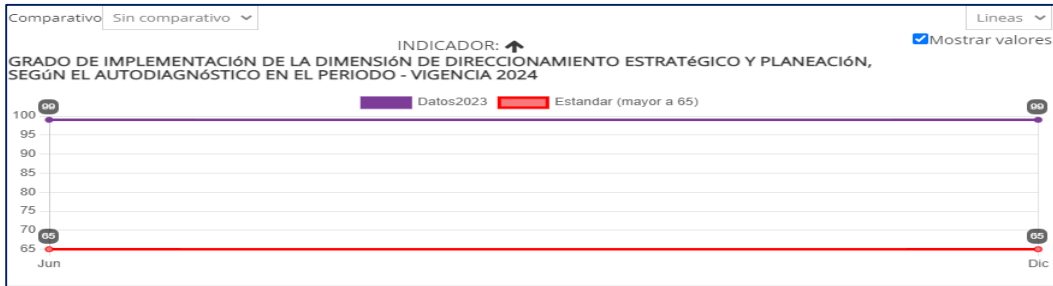
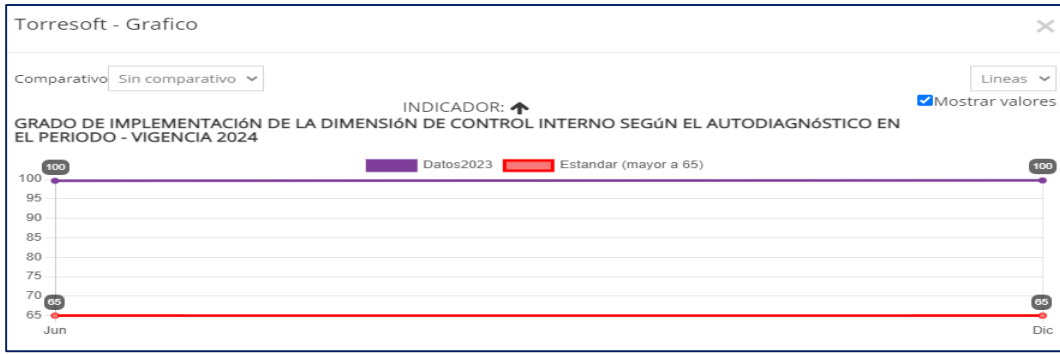
De otro lado el autodiagnóstico de trámites y gestión del conocimiento y la innovación abren una gran brecha en el desarrollo de la gestión institucional pues sus puntajes son los más bajos de todos los autodiagnósticos y sin señales de mejora. Sobre estos autodiagnósticos hay que ejercer un mayor seguimiento y

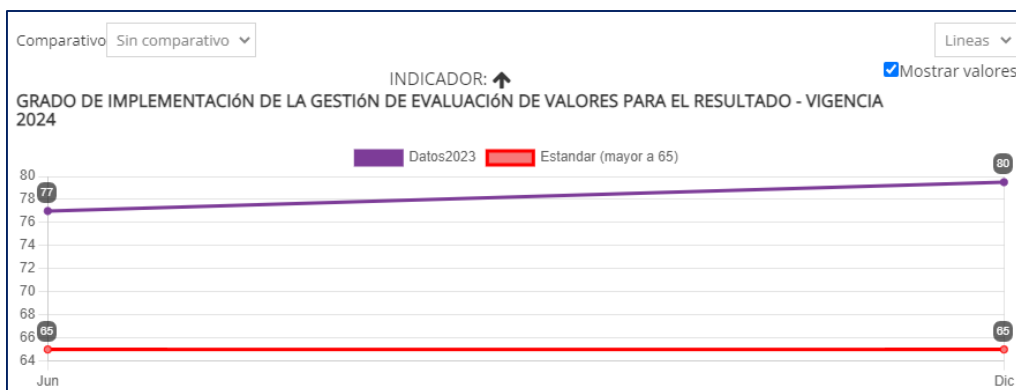
atención sobre todo en el cumplimiento de su plan de acción, buscando encontrar mejoras continuas en sus procesos.

Es importante tener en cuenta que aquí juega un papel muy importante la responsabilidad por parte de los líderes de cada proceso y el sentido de pertenencia de cada uno de ellos para tener mejores resultados con beneficio a la institución y a la comunidad.

Indicadores







Resultados del furag año 2022.

INDICE DE RESULTADOS FURAG 2022.

La Medición del Desempeño Institucional es una operación estadística que mide anualmente la gestión y el desempeño de las entidades públicas del orden nacional y territorial, bajo los criterios y estructura temática del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

El instrumento empleado para recolectar la información para la medición es el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, integrado por un cuestionario autodiligenciable alojado en un aplicativo en línea, habilitado anualmente para la recolección de los datos.

la información reportada por las entidades mediante el FURAG se procesa estadísticamente y se calcula el Índice de Desempeño Institucional – IDI, el cual mide la capacidad de la entidad de orientar sus procesos de gestión institucional hacia una mejor producción de bienes y prestación de servicios, a fin de resolver efectivamente las necesidades y problemas de los ciudadanos con criterios de calidad y en el marco de la integridad, la legalidad y la transparencia. Este se presenta en una escala de 1 a 100, siendo 100 el máximo puntaje a lograr, así mismo, los mínimos y máximos de cada índice están determinados por la complejidad de cada política medida.

En este orden el índice de desempeño de Red Salud Armenia para el año 2022. Fue así:



De acuerdo a la gráfica podemos observar que el Índice de Desempeño Institucional fue de 64,7, siendo el puntaje mínimo 1 y máximo 100 puntos.

Este índice mide el grado de orientación del grupo de entidades de la Rama Ejecutiva del Orden territorial hacia la eficacia (la medida en que se logran los resultados institucionales), eficiencia (la medida en que los recursos e insumos son utilizados para alcanzar los resultados) y calidad (la medida en la que se asegura que el producto y/o prestación del servicio responde a atender las necesidades y problemas de sus grupos de valor)

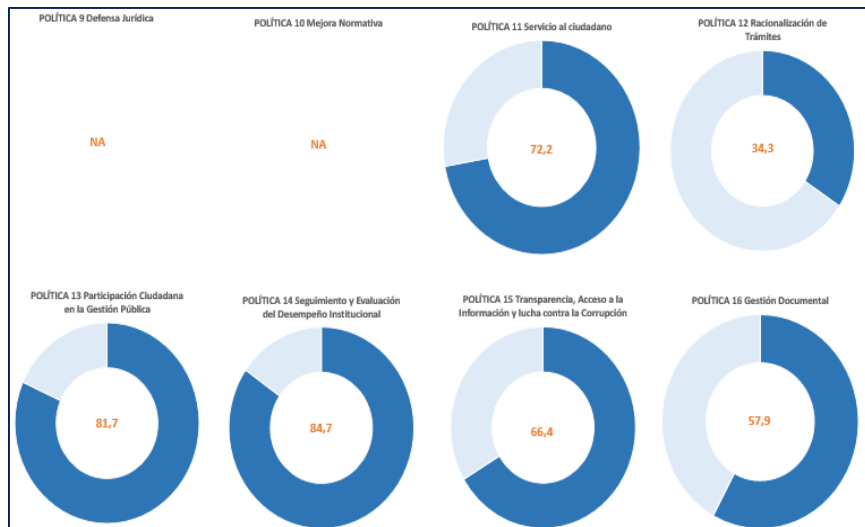
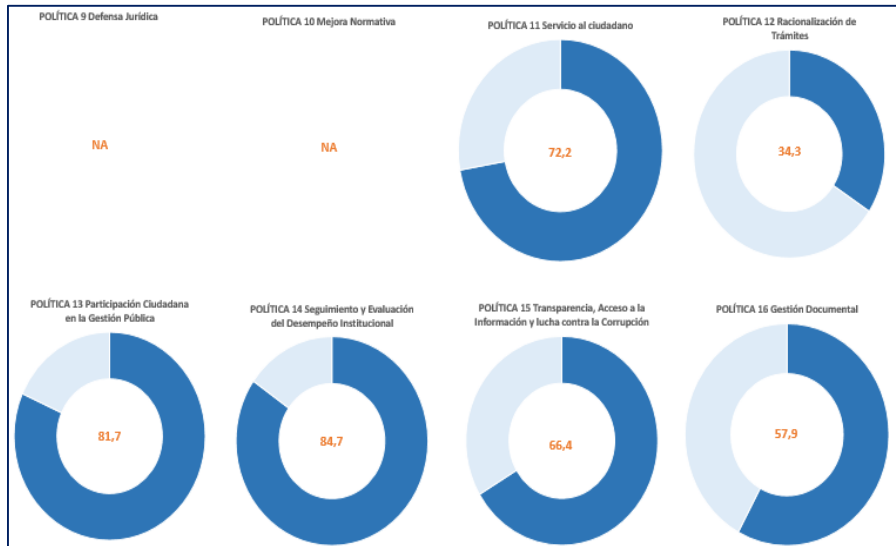
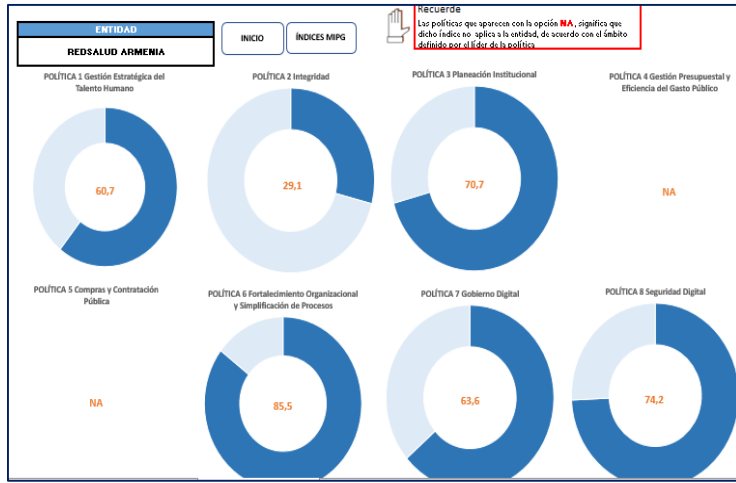
RESULTADOS FURAG 2022 POR DIMENSIONES

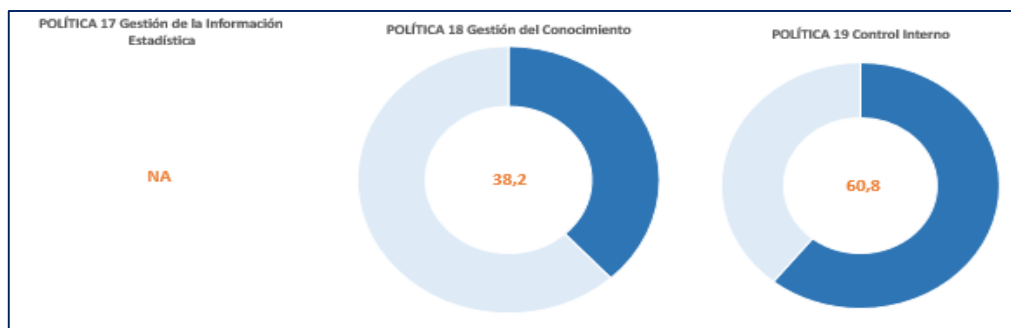
Dimensiones	puntaje	Valor de Referencia
D1 : Talento Humano	41.3	100
D2 : Direccionamiento Estratégico y Planeación	72.2	100
D3 : Gestión Con Valores Para El Resultado	70.8	100
D4 : Evaluación de Resultados	84.7	100
D5 : Información y Comunicaciones	63.3	100
D6 : Gestión del Conocimiento y la Innovación	38.2	100
D7 : Control Interno	60.6	100

Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione. En la Tabla No. 3 se presenta el resultado obtenido en cada una de ellas.

Resultados Furag de acuerdo a la política.

Gráfico de calificación





PREGUNTAS QUE SE GENERARON ALREDEDOR DE LOS RESULTADOS.

¿Por qué no se emitieron recomendaciones por política?

Es importante tener en cuenta que en esta oportunidad no se generaron recomendaciones para cada entidad, dado que se evidenció que las que se formularon anteriormente no facilitaban el análisis con respecto a la identificación de los aspectos más críticos en los que debían enfocarse. De acuerdo con lo anterior, invitamos a las entidades a que, a partir del análisis de sus resultados y la revisión de las respuestas dadas a las preguntas de sus respectivos formularios, se identifiquen aquellos aspectos por mejorar y los lineamientos del modelo que aún no se encuentran implementados a cabalidad, con el fin de formular los planes de acción a seguir.

¿Por qué no se generan resultados de todas las políticas?

Tenga en cuenta que solo podrá consultar los resultados de las políticas que aplican particularmente a cada entidad, de acuerdo con los criterios establecidos por cada líder de política; por ejemplo, la política de Mejora Normativa, defensa jurídica, gestión de la información estadística en territorio, solo fue evaluada para las gobernaciones y municipios de categoría especial y primera a cuarta categoría, por tanto, no aplica para el resto de entidades territoriales.

¿Por qué los resultados no se pueden comparar? En el proceso de mejora continua de la Medición del Desempeño, y teniendo en cuenta que el año pasado se cumplieron 4 años de resultados comparables, en los cuales se cumplió la meta establecida en el PND, para la presente medición se implementaron los siguientes cambios que no permiten establecer una comparabilidad con los resultados de los años anteriores:

- Modificación sustancial en las preguntas: estos cambios recogen tanto las actualizaciones en los lineamientos de varias de las políticas, así como un enfoque más avanzado orientado a resultados y no solo por el cumplimiento de requisitos.
- En la estimación del Índice de Desempeño Institucional se incluyeron las preguntas de las 3 políticas que se incorporaron con posterioridad y que se venían evaluando de manera independiente: Mejora Normativa, Gestión de la Información Estadística y Compras y Contratación Pública.

- Para esta medición se incluyó la solicitud de evidencias por opciones de respuesta que no estaba antes.
- Se hicieron algunos ajustes en el modelo estadístico, pasando de un Modelo de Teoría de Respuesta al Ítem, a un modelo más sencillo de Teoría Clásica del Test. Por todo lo expuesto, NO es posible comparar los resultados de esta vigencia con los de las mediciones anteriores.

CONTROL INTERNO

En el presente informe se describe las actividades de la oficina de Control Interno, enmarcadas dentro del Plan Operativo Anual, Plan de auditorías, actividades que se fundamentaron en términos generales en el cumplimiento de unos objetivos propuestos, líneas de acción, estrategias esenciales de la ESE, con el fin de mejorar continuamente en la prestación de los servicios de Salud.

En cumplimiento de sus roles, tiene como objetivo agregar valor a la gestión de la entidad, brindando un aseguramiento razonable de las operaciones y proporcionando a la Alta Dirección y en general al Equipo Directivo, información real y suficiente, sobre el estado en que se encuentra la organización en un periodo de tiempo determinado, de tal forma, que permita a la Alta Dirección reorientar oportunamente las estrategias y acciones hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales propuestas.

La Auditoría Interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las fortalezas y debilidades de la Entidad, así como el avance de las metas y objetivos trazados para medir los resultados de las actividades de cada Área.

El Objetivo es formular RECOMENDACIONES de ajuste o mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes y servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de obtener los resultados esperados.

Conforme con lo anterior, se elabora el informe de actividades del periodo comprendido entre el 2 de enero 2023 al 31 de diciembre de 2023, dando cobertura a las obligaciones legales establecidas en el Decreto 648 de 2017, en este orden, se detallan las actividades adelantadas en el marco del desarrollo de los roles señalados en el mencionado Decreto; Así mismo, y a partir del ejercicio de la Tercera Línea de Defensa, se plasman los principales aspectos a intervenir por la Alta Dirección, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los Gerentes Públicos, en los temas relacionados con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Conforme con lo anterior, se presenta el informe consolidado a partir de tres enfoques:

1. Consolidado de las Actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia con corte al 31 de diciembre 2023, según los roles establecidos en el Decreto 648 de 2017 y la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces.
2. Recomendaciones frente a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG a partir del diligenciamiento de los autodiagnósticos y la formulación de los Planes de Acción; en cumplimiento de las Directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, para lo cual se realizaron los seguimientos.
3. Informe pormenorizado del sistema de control interno vigencia 2023, en el cual se da cuenta de los avances obtenidos por la entidad en la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y de las actividades desarrolladas para el sostenimiento y mejoramiento del Sistema de Control Interno en cada uno de sus componentes.

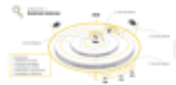
Marco teórico de los componentes del control interno - informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno primer y segundo semestre 2023.

Se adelantó el seguimiento a cada uno de los componentes de MIPG, de conformidad con lo estipulado en el decreto 2106 de 2019.

- **Ambiente de control:** Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno.
- **Evaluación de riesgos:** Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización.
- **Actividades de control:** Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.
- **Información y comunicación:** Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad.
- **Seguimiento y monitoreo** Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

Conclusión general sobre la evaluación del sistema de control interno

Periodo: 1 de julio 2023 al 31 de diciembre 2023

Nombre de la Entidad:	RED SALUD ARMENIA ESE		
Periodo Evaluado:	1 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE 2023		
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad	100%
Conclusiones generales sobre la evaluación del sistema de control interno			
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Sí o no/parcial/No) (Justifique en su respuesta):	Sí		
¿El sistema de control interno responde a las obligaciones institucionales? (Sí/No) (Justifique en su respuesta):	Sí		
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Línea de defensa) que le permita la toma de decisiones dentro del control (Sí/No) (Justifique en su respuesta):	Sí		
Componente	¿Se está cumpliendo los requerimientos?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas encontradas en cada componente
AMBIENTE DE CONTROL	Sí	100%	Se evidenció que el personal, directivo y no directivo, involucrado en el desarrollo de las actividades de gestión de riesgos, control de procesos, cumplimiento y planeación estratégica institucional, que permiten tener control sobre los aspectos críticos para la operación de la Entidad a través del sistema de gestión. Cuenta con herramientas orientadas al Manejo Integrado de Planeación y Gestión que permiten que las actividades de la Entidad se cumplan de manera y oportuna. Se evidencia que estas herramientas deben ser actualizadas con todos los cambios (estructurales, operativos, de actividades) cuando se requiere. En general, se encuentran fortalecidas la documentación de información generada por la institucionalidad del Sistema de Control Interno, así como también los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos relacionados a la gestión de procesos de atención y cumplimiento de servicios.
EVALUACION DEL RIESGO	Sí	100%	Se evidenció que el personal directivo y no directivo involucrado en el desarrollo de las actividades de gestión de riesgos, control de procesos, cumplimiento y planeación estratégica institucional, que permiten tener control sobre los aspectos críticos para la operación de la Entidad a través del sistema de gestión. Cuenta con herramientas orientadas al Manejo Integrado de Planeación y Gestión que permiten que las actividades de la Entidad se cumplan de manera y oportuna. Se evidencia que estas herramientas deben ser actualizadas con todos los cambios (estructurales, operativos, de actividades) cuando se requiere. En general, se encuentran fortalecidas la documentación de información generada por la institucionalidad del Sistema de Control Interno, así como también los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos relacionados a la gestión de procesos de atención y cumplimiento de servicios.
ACTIVIDADES DEL CONTROL	Sí	100%	Se evidenció que el personal directivo y no directivo involucrado en el desarrollo de las actividades de gestión de riesgos, control de procesos, cumplimiento y planeación estratégica institucional, que permiten tener control sobre los aspectos críticos para la operación de la Entidad a través del sistema de gestión. Cuenta con herramientas orientadas al Manejo Integrado de Planeación y Gestión que permiten que las actividades de la Entidad se cumplan de manera y oportuna. Se evidencia que estas herramientas deben ser actualizadas con todos los cambios (estructurales, operativos, de actividades) cuando se requiere. En general, se encuentran fortalecidas la documentación de información generada por la institucionalidad del Sistema de Control Interno, así como también los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos relacionados a la gestión de procesos de atención y cumplimiento de servicios.
INFORMACION Y COMUNICACION	Sí	100%	Se evidenció que el personal directivo y no directivo involucrado en el desarrollo de las actividades de gestión de riesgos, control de procesos, cumplimiento y planeación estratégica institucional, que permiten tener control sobre los aspectos críticos para la operación de la Entidad a través del sistema de gestión. Cuenta con herramientas orientadas al Manejo Integrado de Planeación y Gestión que permiten que las actividades de la Entidad se cumplan de manera y oportuna. Se evidencia que estas herramientas deben ser actualizadas con todos los cambios (estructurales, operativos, de actividades) cuando se requiere. En general, se encuentran fortalecidas la documentación de información generada por la institucionalidad del Sistema de Control Interno, así como también los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos relacionados a la gestión de procesos de atención y cumplimiento de servicios.
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Sí	100%	Se evidenció que el personal directivo y no directivo involucrado en el desarrollo de las actividades de gestión de riesgos, control de procesos, cumplimiento y planeación estratégica institucional, que permiten tener control sobre los aspectos críticos para la operación de la Entidad a través del sistema de gestión. Cuenta con herramientas orientadas al Manejo Integrado de Planeación y Gestión que permiten que las actividades de la Entidad se cumplan de manera y oportuna. Se evidencia que estas herramientas deben ser actualizadas con todos los cambios (estructurales, operativos, de actividades) cuando se requiere. En general, se encuentran fortalecidas la documentación de información generada por la institucionalidad del Sistema de Control Interno, así como también los mecanismos de relación con el ciudadano y los aspectos relacionados a la gestión de procesos de atención y cumplimiento de servicios.

CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:

- ✓ Se evidenció que Red Salud Armenia ESE cuenta con bondades en cuanto a la implementación del Sistema de Control Interno y sus componentes, cuenta con el proceso de mejoramiento continuo y el proceso de planeación; los cuales trabajan de manera transversal en la entidad para lograr los objetivos y la calidad en la información y en el servicio.
- ✓ Se evidenció que el sistema de control interno en Red Salud Armenia ESE ha propiciado espacios adecuados que permiten definir, hacer seguimiento, corregir y alcanzar las metas propias de su misionalidad. Se realiza un trabajo preventivo y de acompañamiento desde las auditorías internas y el seguimiento a los planes de mejoramiento, permitiendo que desde cada uno de los procesos se logre mejorar los puntos débiles encontrados en las auditorías internas.
- ✓ La entidad cuenta con las respectivas líneas de defensa definidas y la OCI cuenta con el apoyo de personal competente para cumplir con las actividades programadas en el plan de auditorías.

COMPONENTES:

- ✓ AMBIENTE DE CONTROL: Cumplimiento 100%
- ✓ EVALUACION DEL RIESGO: Cumplimiento 100%
- ✓ ACTIVIDADES DE CONTROL: Cumplimiento 100%
- ✓ INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Cumplimiento 100%
- ✓ ACTIVIDADES DE MONITOREO: Cumplimiento – 100%

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE - FURAG

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, en especial el artículo 12 Literal G, adelantó el reporte en el Formulario 117:MECI -EVALUACIÓN INDEPENDIENTE obteniéndose certificación del diligenciamiento de la información a través del aplicativo FURAG, sobre el funcionamiento del Modelo Estándar de Control Interno en la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada. Certificado que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG del 19/07/2023.

Certificado de diligenciamiento
Vigencia 2022

FUNCIÓN PÚBLICA

El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: REDSALUD ARMENIA
DEPARTAMENTO: Quindío
MUNICIPIO: ARMENIA
TIPO DE FORMULARIO: MIPG
ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno
NOMBRE DILIGENCIADOR: lina marcela sierra correa con C.C No.33819654
HABILITADO DESDE - HASTA: 21/06/2023 - 28/07/2023
VIGENCIA REPORTADA: 2022
NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,

Leonardo Molina Henao

LEONARDO MOLINA HENAO
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional

UR: <http://furag.funcionpublica.gov.co/furag/#reportes/verificar-certificado/0433ca-4633-4ba-9035-a852878510d1>

Fecha de impresión: 19/07/2023 Hora: 19:11 Página 1 / 1

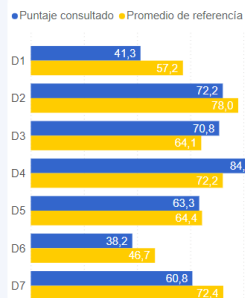
Carretera No. 12-82, Super D.C., Colombia | Teléfono: (57) 2000000 | Fax: (57) 2000000 | Línea gratuita: 0180000 917 770 | Código Postal: 111111 | www.funcionpublica.gov.co | enf@funcionpublica.gov.co

Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

RESULTADOS INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL - NOVIEMBRE 2023 VERSION 2:

Cada una de las dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, que implementadas de manera articulada e intercomunicada permiten que el MIPG funcione.

II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño



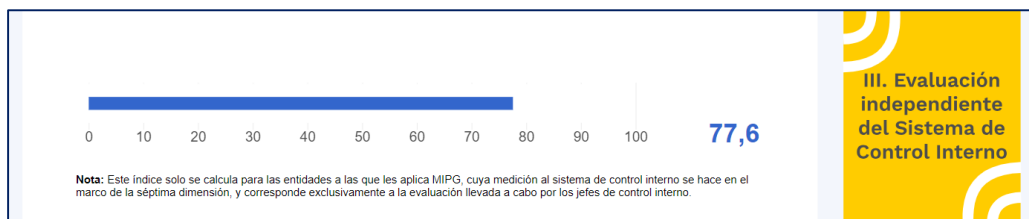
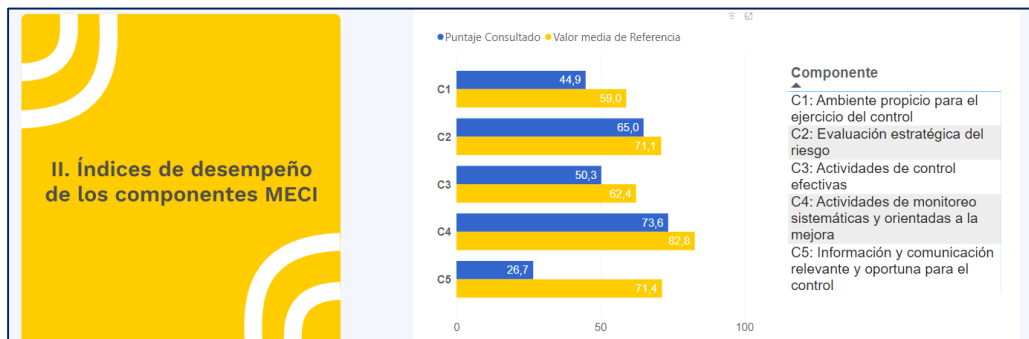
Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	41,3
D2: Direccionamiento y Planeación	72,2
D3: Gestión para Resultados	70,8
D4: Evaluación de Resultados	84,7
D5: Información y Comunicación	63,3
D6: Gestión del Conocimiento	38,2
D7: Control Interno	60,8

169

Índice desagregado	Puntaje consultado	Promedio grupo par
CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	50,3	62,4
CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	73,6	82,8
CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	44,9	59,0
CONTROL INTERNO: Asignación de responsabilidades para el ejercicio del control interno	74,2	82,5
CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	65,0	71,1
CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno	77,6	76,6
CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	26,7	71,4

No. Índice	POLÍTICA 19 Control Interno	Puntaje
162	Ambiente propicio para el ejercicio del control	44,9
163	Evaluación estratégica del riesgo	65,0
164	Actividades de control efectivas	50,3
165	Información y comunicación relevante y oportuna para el control	26,7
166	Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	73,6
167	Evaluación independiente al sistema de control interno	77,6
168	Asignación de responsabilidades para el ejercicio del control interno	74,2

RESULTADOS MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI – VIGENCIA 2022 – NOVIEMBRE 2023 VERSIÓN 2:



PLAN ANUAL DE AUDITORÍA VIGENCIA 2023

Durante la vigencia 2023 se programaron las siguientes actividades:

- Auditorias:
 - GESTION JURIDICA: contratación.
 - GESTION JURIDICA - GESTION FINANCIERA: SIA Observa y SECOP I – II.
 - GESTION JURIDICA: seguimiento a las funciones del comité de conciliación, Acciones de repetición y Llamamientos en garantía.
 - DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: SARLAFT Y SICOF

Evaluación Semestral por parte de Control Interno de acuerdo a la CIRCULAR EXTERNA 202117000000055 y circular 009 de 2016 de la Supersalud.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: COMITÉS INSTITUCIONALES

- Seguimientos:

Gestión Financiera: presupuesto 2023.

Gestión Financiera: Estampillas vigencia 2022 -2023.

GESTION DE LAS TIC – Sistemas: matriz riesgos.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023 - Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción.

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA: seguimiento a Inventarios: Farmacia - almacén bodega.

GESTION FINANCIERA: seguimiento Arqueos de caja.

GESTION TALENTO HUMANO - SIGEP (bienes y renta).

- Seguimientos e Informes de Ley:

Informe Ejecutivo Anual Evaluación del Sistema de Control Interno de cada vigencia -FURAG Control Interno Vigencia 2022.

Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno (anterior informe pormenorizado).

Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas SIAU – PQRSF.

Informe Austeridad en el Gasto.

Informe Control Interno Contable- CHIP.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías externas CMA.

Informe avance al plan de mejoramiento auditorías internas.

Informe de evaluación a la gestión institucional (Evaluación por dependencias).

Informe Derechos de Autor Software.

Seguimiento al fortalecimiento de la meritocracia en el Estado Colombiano - SIMO 4,0.

seguimiento guía fortalecimiento institucional - formalización laboral por un trabajo digno y en equidad - talento humano.

Seguimiento y Evaluación a la Implementación del MIPG.

Rendición Electrónica de la Cuenta 2023 (formatos habilitados e informes complementarios - plataforma SIA CONTRALORIA).

SIGA 2022 - Reporte de inmuebles y participaciones accionarias.

Formulario de percepción de vulnerabilidad frente al LAFT/FPADM.
MATRIZ ITA.
Consolidación de encuesta DANE tecnología e innovación.
Encuesta de satisfacción - vigilancia de carrera administrativa – CNSC.
Encuesta formulario reporte LEY DE CUOTAS.
Encuestas más jóvenes en el estado – TH.
Reporte contratos - CIRCULAR 100 007 2023 DAFF.
Solicitud de datos institucionales directivos DAFF.

172

- Asistencia a Comités (interinstitucionales e institucionales)
Comité institucional de Gestión y Desempeño (MIPG).
EPM de Planeación.
Comité de Mejoramiento.
Comité de Conciliación.
Comité de control interno Municipal.
Y a los demás que sea convocado como invitado.
- Atención Entes Externos
Auditoría Especial Contraloría Municipal de Armenia
Denuncias ciudadanas Contraloría Municipal de Armenia
- Se participó en actividades del Comité Departamental de Control Interno.
- Se ha participado en capacitaciones de la entidad y las que han sido convocadas por entes externos CMA – CNSC – Departamento.
- Se ha brindado acompañamiento en la construcción de planes de mejora de auditorías internas y los que se deben presentar a la CMA.

Seguimiento a Planes de mejora

Se han realizados 4 seguimientos durante la vigencia:

Fecha de Evaluación: 18 abril 2023 – cumplimiento 80,35%

Fecha de Evaluación: 17 julio 2023 – cumplimiento 84,24%

Fecha de Evaluación: 17 octubre 2023 – cumplimiento 88,21%

Fecha de Evaluación: 14 diciembre 2023 – cumplimiento 96.07%.

Ultimo seguimiento: enero 10 2024.

TOMO II																			
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO																			
Entidad: RED SALUD ARMENIA S.EE Regimiento Legal: JOSÉ ANTONIO CORREA LÓPEZ NIT: 80.280.8484 Presidente Ejecutivo: Juan Carlos 2021 Dirección de Asesoría: Asesoría Financiera y de Gestión Vigencia 2021 Fecha de Suscripción: 23 diciembre 2022 Cuentas de Cuentas: 13000000000000000000																			
Número consecutivo de los hitos	Clase hito	Descripción hito (de 100 a 1000 caracteres)	Clase del hito	Efecto del hito	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las metas	Declaración de las metas	Unidad de medida de las metas	Fecha de inicio de las metas	Fecha de término de las metas	Evaluación de los hitos							
												Plazo en meses	Avance de la meta (%)	Avance de la meta (valor absoluto)	Porcentaje de cumplimiento	Puntaje de cumplimiento	Si	No	OBSERVACION
1	A	MILLAZO ADMINISTRATIVO No. 01 POR DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA RED SALUD ARMENIA S.EE. DEL 15 DE FEBRERO DE 2021	Definición en materia de control interno al interior de la oficina de la Red de Salud Armenia, específicamente en el proceso de control interno y en el proceso de control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Implementación de directrices orientadas a fortalecer el control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. y la correcta implementación de los procesos de control interno y de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	1 Resultado alcanzado	6	1 de 2021	31 de 2021	100	100	100	100	100	100	X	Se dio cumplimiento con el hito de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.
2	A	MILLAZO ADMINISTRATIVO No. 02 POR ANEXO DE LOS ACTOS DE CONTROL INTERNO DE LA RED SALUD ARMENIA S.EE. DEL 15 DE FEBRERO DE 2021	Definición en materia de control interno al interior de la oficina de la Red de Salud Armenia, específicamente en el proceso de control interno y en el proceso de control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Implementación de directrices orientadas a fortalecer el control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. y la correcta implementación de los procesos de control interno y de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	1 Resultado alcanzado	100%	1 de 2021	31 de 2021	100	100	100	100	100	100	X	Se dio cumplimiento con el hito de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.
3	A-16	MILLAZO ADMINISTRATIVO No. 03 POR ANEXO DE LOS ACTOS DE CONTROL INTERNO DE LA RED SALUD ARMENIA S.EE. DEL 15 DE FEBRERO DE 2021	Definición en materia de control interno al interior de la oficina de la Red de Salud Armenia, específicamente en el proceso de control interno y en el proceso de control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Implementación de directrices orientadas a fortalecer el control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. y la correcta implementación de los procesos de control interno y de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	1 Resultado alcanzado	100%	1 de 2021	31 de 2021	100	100	100	100	100	100	X	Se dio cumplimiento con el hito de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.
4	A	MILLAZO ADMINISTRATIVO No. 04 POR ANEXO DE LOS ACTOS DE CONTROL INTERNO DE LA RED SALUD ARMENIA S.EE. DEL 15 DE FEBRERO DE 2021	Definición en materia de control interno al interior de la oficina de la Red de Salud Armenia, específicamente en el proceso de control interno y en el proceso de control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Implementación de directrices orientadas a fortalecer el control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. y la correcta implementación de los procesos de control interno y de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	1 Resultado alcanzado	100%	1 de 2021	31 de 2021	100	100	100	100	100	100	X	Se dio cumplimiento con el hito de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.
5	A	MILLAZO ADMINISTRATIVO No. 05 POR ANEXO DE LOS ACTOS DE CONTROL INTERNO DE LA RED SALUD ARMENIA S.EE. DEL 15 DE FEBRERO DE 2021	Definición en materia de control interno al interior de la oficina de la Red de Salud Armenia, específicamente en el proceso de control interno y en el proceso de control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Implementación de directrices orientadas a fortalecer el control interno de la Red de Salud Armenia S.EE. y la correcta implementación de los procesos de control interno y de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	Definición de un control interno al interior de la oficina jurídica de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.	1 Resultado alcanzado	100%	1 de 2021	31 de 2021	100	100	100	100	100	100	X	Se dio cumplimiento con el hito de la Red de Salud Armenia S.EE. del 15 de febrero de 2021.

Finalmente, es importante resaltar, la necesidad de realizar una proyección de los gastos de la vigencia, partiendo de la base de un recaudo efectivo al cierre de cada mes y contrastando con la proyección del recaudo para la vigencia, con el objetivo de no incurrir en un déficit financiero y que no queden cuentas por pagar al final de la actual vigencia, que pueda poner en riesgo la entidad financieramente.

De igual forma, idear estrategias para fortalecer el recaudo, de tal manera que este permita soportar el gasto; así como, promocionar la aplicación de las medidas de austeridad al interior de la entidad.

CUMPLIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, aplicable a las Empresas Sociales del Estado, Red Salud Armenia, formula y ejecuta anualmente su propio Plan de Desarrollo, el cual es aprobado por Junta Directiva, ello se sustenta en las siguientes normas:

- Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.3.8.4.5.2 establece que: “Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos”.

- Ley 152 de 1994 – según la cual establece en su artículo 2° “Ámbito de aplicación. La Ley Orgánica del Plan de Desarrollo se aplicará a la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden”
- Resoluciones 710 de 2012, del 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, del Ministerio de Salud y Protección Social, “Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”
- Resolución 408 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, “Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- Con el propósito de avanzar en el fortalecimiento de Red Salud Armenia ESE, el Plan de Desarrollo para la vigencia 2023 fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 02 del 27 de febrero de 2023.
- Se plantean 7 líneas estratégicas, con sus planes operativos e indicadores para ejecutar en la vigencia, 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.

La formulación estratégica se estructura en cuatro perspectivas con siete líneas o ejes fundamentales:

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

- ✓ Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.
- ✓ El capital humano, nuestra prioridad.
- ✓ La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.

PERSPECTIVA DE PROCESOS

- ✓ Sistema de información potenciando, el desarrollo y el cambio institucional.
- ✓ Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.

PERSPECTIVA FINANCIERA

- ✓ Red Salud sostenible y eficiente.

PERSPECTIVA DE USUARIO

- ✓ Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.

Lineas del Plan de Desarrollo	Componente POA
Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.	Fortalecimiento de la prestación del servicio.
	Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el Modelo de atención propuesto.
	Atención segura para el mejoramiento de la salud
Red Salud sostenible y eficiente.	Gestión del mercadeo
	Gestión financiera y administrativa
Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Gestión de la calidad y desarrollo organizacional.
Sistema de información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional.	Comunicación Efectiva
	Gestión de la Tecnología y la Información
La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.	Gestión de proyectos de investigación clínica
Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.	Responsabilidad social, en la formación del talento humano
El Capital Humano, nuestra prioridad.	Gestión del Talento Humano

Las líneas de acción se desagregan en Planes Operativos Anuales (POA), y a su vez en los Planes de acción, los cuales detallan las actividades y/o tareas a realizar por cada área o servicio de la entidad en el año, es a través de este instrumento que se hace seguimiento al Plan de Desarrollo.

Para la vigencia 2023, el Plan de Desarrollo quedó conformado por 7 Líneas de Acción, denominadas así: 1) Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional 2) Red Salud sostenible y eficiente 3) Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua 4) Sistemas de información, potenciando el desarrollo y el cambio institucional 5) La

investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad 6) Red Salud Armenia ESE impulsando la academia 7) El capital humano nuestra prioridad.; cada una de las líneas, cuenta con sus respectivos POA, los cuales se ejecutan a través de los diferentes planes de acción.

Para el año 2023 se tuvo un cumplimiento del Plan de Desarrollo del 98.53% frente a un 100% lo que significa que tuvo una diferencia porcentual negativa del -1.47%. lo anterior dado que no se cumplió con el 100% de las actividades programadas en la línea estratégica prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional componente POA Fortalecimiento de la prestación del servicio, línea estratégica Red Salud sostenible y eficiente componente POA Gestión financiera y administrativa (Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB), línea estratégica la investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad componente POA gestión de proyectos de investigación clínica, línea estratégica el capital humano nuestra prioridad, componente POA Gestión del Talento Humano.

A continuación, se muestra el cuadro comparativo ejecutado VS programado, para el año 2023:

LÍNEA	COMPONENTE POA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2023								CUMPLIMIENTO FINAL		
		1er TRIMESTRE		2do TRIMESTRE		3er TRIMESTRE		4to TRIMESTRE		EJECUTADO	PROGRAMADO	DIFERENCIA
		EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO	EJECUTADO	PROGRAMADO			
1. Prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional.	Fortalecimiento de la prestación del servicio.	3,94%	4,00%	1,98%	2,00%	1,98%	2,00%	2,00%	2,00%	9,90%	10%	0,10%
	Análisis de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	5%	5%	0,00%
	Atención segura para el mejoramiento de la salud.	1,00%	1,00%	1,50%	1,50%	1,00%	1,00%	1,50%	1,50%	5%	5%	0,00%
2. Red Salud sostenible y eficiente.	Gestión del mercadeo.	0,00%	0,00%	5,00%	5,00%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	10,00%	10%	0,00%
	Gestión financiera y administrativa.	2,47%	2,50%	2,48%	2,50%	2,48%	2,50%	2,40%	2,50%	9,80%	10%	0,20%
3. Estandarización de procesos, como eje fundamental de la gestión organizacional y la mejora continua.	Gestión de la calidad y desarrollo Organizacional.	2,00%	2,00%	3,00%	3,00%	2,00%	2,00%	3,00%	3,00%	10,00%	10%	0,00%
4. Sistema de Información, potenciando el desarrollo y cambio institucional.	Gestión de la Tecnología y la Información.	4,00%	4,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	10,00%	10%	0,00%
	Comunicación Efectiva.	0,00%	0,00%	4,00%	4,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	10,00%	10%	0,00%
5. La investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad.	Gestión de proyectos de investigación clínica.	0,00%	0,00%	4,00%	4,00%	1,00%	2,00%	4,00%	4,00%	9,00%	10%	1,00%
6. Red Salud Armenia ESE, impulsando la academia.	Responsabilidad social, en la formación del talento humano.	0,00%	0,00%	2,50%	2,50%	0,00%	0,00%	7,50%	7,50%	10,00%	10%	0,00%
7. El capital humano nuestra prioridad.	Gestión del Talento Humano	1,92%	2,00%	4,00%	4,00%	2,00%	2,00%	1,88%	2,00%	9,80%	10%	0,20%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO 2023		16,58%	16,75%	31,71%	31,75%	19,21%	20,25%	31,03%	31,25%	98,50%	100%	2%
DIFERENCIA PORCENTUAL		-0,17%		-0,04%		-1,04%		-0,22%				
ACUMULADO				48,29%	48,50%	67,50%	83,25%	98,53%				

Con respecto al plan de acción se obtuvo un cumplimiento del 99% para la vigencia 2023 como se detalla en el siguiente cuadro:

MEJORA CONTINUA

El proceso de mejora continua trabaja en el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 incluye adiciones y modificatorias, por lo cual, a continuación se presenta los logros obtenidos durante la vigencia 2023 por cada uno de los sistemas que lo componen:

1. Sistema Único de Habilitación

178

Durante la vigencia, se realizó autoevaluación del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación según resolución 3100 de 2019, obteniendo los siguientes resultados:

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	UIS	Caimo	Piloto Uribe	Correa Grillo	Clarita	Paraiso	Caa del Sur	Santa Rita	Promedio de Resultados
TS - Talento Humano	36%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	48%
TS - Infraestructura	64%	50%	90%	85%	88%	78%	83%	91%	79%
TS - Dotación	73%	62%	14%	64%	64%	64%	64%	100%	63%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	75%	64%	68%	64%	64%	68%	71%	68%	68%
TS - Procesos prioritarios	53%	49%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	38%
TS - Historia clínica y registros	31%	60%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	61%
TS - Interdependencia de servicios	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Grupo consulta externa	UIS	Caimo	Piloto Uribe	Correa Grillo	Clarita	Paraiso	Caa del Sur	Santa Rita	Promedio de Resultados
Servicio de consulta externa general	42%	52%	53%	63%	61%	47%	57%	56%	54%
Servicio de consulta externa especializada	25%						20%		23%
Servicio de vacunación	57%		81%	81%	78%	83%	84%	87%	79%

Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	UIS	Caimo	Piloto Uribe	Correa Grillo	Clarita	Paraiso	Caa del Sur	Santa Rita	Promedio de Resultados
Servicio de terapias	11%								11%
Servicio farmacéutico	78%						55%		66%
Servicio de radiología odontológica	50%						54%		52%
Servicio de imágenes diagnósticas	39%						89%		64%
Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	86%		74%	70%	77%		79%		77%
Servicio de laboratorio clínico	69%								69%
Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas	76%	86%	77%	76%	77%	73%	79%	76%	78%

Grupo de internación	UIS
Servicio de hospitalización	52%

Grupo atención inmediata	UIS
Servicio de urgencias	50%
Servicio de transporte asistencial	67%
Servicio atención prehospitalaria	55%
Servicio para la atención del parto	83%

Al analizar el resultado final se obtiene un cumplimiento del 56%, dos puntos por encima de la vigencia anterior, por lo cual, con preocupación se notifica a la alta dirección de la importancia que tiene el cumplimiento a los criterios del SUH y el riesgo de sanciones administrativas y pecuniarias.

2. Sistema de información para la calidad

En cumplimiento normativo, se realizó seguimiento y reporte oportuno a las diferentes EAPB de los resultados de los indicadores obligatorios, entre los más significativo se encuentran las siguientes resoluciones:

Resolución 1552 de 2013: Para la vigencia 2023 se cuenta con los siguientes resultados:

179

RESOLUCIÓN 1552 DE 2013					
Servicios	(D) Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha para la cual se asigno la cita y la fecha en la cual el usuario solicito la cita (C-A)	(E) Sumatoria de la diferencia de días entre la fecha para la cual se asigno la cita y la fecha en la cual el usuario solicito le fuera asignada (C-B)	(F) Tiempo promedio de espera según fecha en que se solicita la cita (D) / Total de citas	(G) Tiempo promedio de espera según fecha para la cual se solicita la cita (E) / Total de citas	Número total de citas asignadas.
Medicina general de primera vez	29677	7032	1,6	0,4	18307
Medicina general de control	34242	5074	1,9	0,3	18421
Odontología de primera vez	3251	559	1,9	0,3	1705
Odontología de control	88834	16885	3,0	0,6	29299
Promedios 1552					
Medicina general	63919	12106	1,7	0,3	36728
Odontología	92085	17444	3,0	0,6	31004

Se espera que la asignación de cita no supere los 3 días hábiles, sin embargo, se ha presentado inconvenientes en este proceso, lo que ha conllevado a la formulación de acciones de mejoramiento, las cuales deberán intensificarse para la siguiente vigencia.

Resolución 256 de 2016: Durante la vigencia 2023, se obtuvo los siguientes resultados:

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
P.2.4	Proporción de endometritis pos parto vaginal	0	43	0,000
P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0	1084	0,000
P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0	25081	0,000
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0	153891	0,000
P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	0	115008	0,000
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0	431	0,000
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	3	25082	0,000
P.2.12	Tasa de úlceras por presión	0	1084	0,000
P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	55	25084	0,002
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	1	431	0,002
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	34582	20974	1,6
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	7604	4882	1,6
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	313	83	3,8
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	2748	691	4,0
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	12577	783	16,1
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	2600	2670	1,0
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	2647	2670	1,0

3. Plan de auditoria para el mejoramiento continua de la calidad

Para la vigencia 2023, se inició la ruta crítica del PAMEC, bajo los estándares del sistema único de acreditación, obteniendo los siguientes avances:

Resultado de la autoevaluación: Con la participación activa de los integrantes de los diferentes equipos de autoevaluación, bajo la metodología establecida por los lineamientos se obtuvo los siguientes resultados:

ESTANDARES	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2020	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2021	PROMEDIO CALIFICACION CUANTITATIVA VIGENCIA 2022
FECHA DE REALIZACIÓN	FEB-MAR 2021	FEB-MAR 2022	FEB-MAR 2023
Proceso de Atención a cliente asistencial	1,4	1,3	1,5
Sedes Integradas en Red	1,1		
Mejoramiento de la Calidad		1,2	1,9
Subtotal	1,3	1,3	1,7
Direccionamiento	1,2	1,3	1,4
Gerencia	1,3	1,2	1,2
Gerencia del Talento Humano	1,1	1,1	1,5
Gerencia del Ambiente Físico	1,1	1,2	1,2
Gerencia de la Tecnología	1,1	1,1	1,1
Gerencia de la Información	1,1	1,3	1,4
Mejoramiento de la Calidad	1,1	1,2	1,9
Subtotal	1,1	1,2	1,4
TOTAL	1,2	1,2	1,6
COMPORTAMIENTO	0,67	1,04	1,22

Como se puede identificar, se presentó una mejora en el resultado de la autoevaluación frente al año 2022, con un aumento cuantitativo de 0.18, siendo este un resultado muy positivo para la entidad.

Priorización: Una vez se definieron las oportunidades de mejoramiento, se aplicó la metodología riesgo, costo, volumen, obteniendo el siguiente número de oportunidades de mejoramiento priorizadas:

PAMEC	TOTAL DE ESTANDARES	N. DE ESTANDARES PRIORIZADOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS
PACAS	94	71	112	84
Direccionamiento	16	13	23	16
Gerencia	21	9	22	9
Talento Humano	19	10	24	10
Ambiente Físico	14	12	18	16
Tecnología	12	11	12	11
Sistemas de Información	18	11	17	11
de Mejoramiento	5	5	5	5
TOTAL	199	142	233	162

Formulación de plan de mejoramiento: Con base en el total de oportunidades de mejoramiento, se formularon 377 acciones de mejoramiento, para ser ejecutadas

de mayo a noviembre de la vigencia en curso:

PAMEC	N. DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO
PACAS	175
Direccionamiento	35
Gerencia	21
Talento Humano	34
Ambiente Físico	40
Tecnología	33
Sistemas de Informacion de Mejoramiento	6
TOTAL	377

Resultado final: Como resultado de del liderazgo de cada equipo de PAMEC, se obtuvo el siguiente resultado de ejecución del plan de mejoramiento:

ESTADO	PACAS		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		G. DEL TALENTO HUMANO		G. DEL AMBIENTE FISICO		G. DE LA TECNOLOGIA		G. DE LA INFORMACION		MEJORAMIENTO		TOTAL NUMERO	Noviembre
	175		35		21		34		40		33		33		6			
No Iniciado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Atrasado	1	1%	0	0%	2	10%	2	6%	3	8%	1	3%	0	0%	0	0%	9	2%
En Desarrollo	9	5%	2	6%	0	0%	1	3%	6	15%	1	3%	1	3%	0	0%	20	5%
Completo	165	94%	33	94%	19	90%	31	91%	31	78%	31	94%	32	97%	6	100%	348	92%
TOTAL	175	100%	35	100%	21	100%	34	100%	40	100%	33	100%	33	100%	6	100%	377	100%

4. Sistema Único de Acreditación

Dando cumplimiento a los lineamientos del SUA, se cuenta con los niveles de acreditación en funcionamiento:

- Conformación de 23 EPM
- Conformación 8 equipos de autoevaluación
- Conformación de los equipos de evaluación por proceso
- Conformación del comité de mejoramiento institucional
- Implementación de los ejes de acreditación:

a. Eje: Atención centrado en el usuario

Este eje busca identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades del usuario, por lo cual se cuenta con el área de atención al usuario, el cual ha trabajado fuertemente en la implementación de los deberes y derechos del paciente tanto con el cliente interno como externo.

Para una mejor medición, los derechos de los pacientes se agruparon en los siguientes grupos:

DERECHOS DE LOS USUARIOS

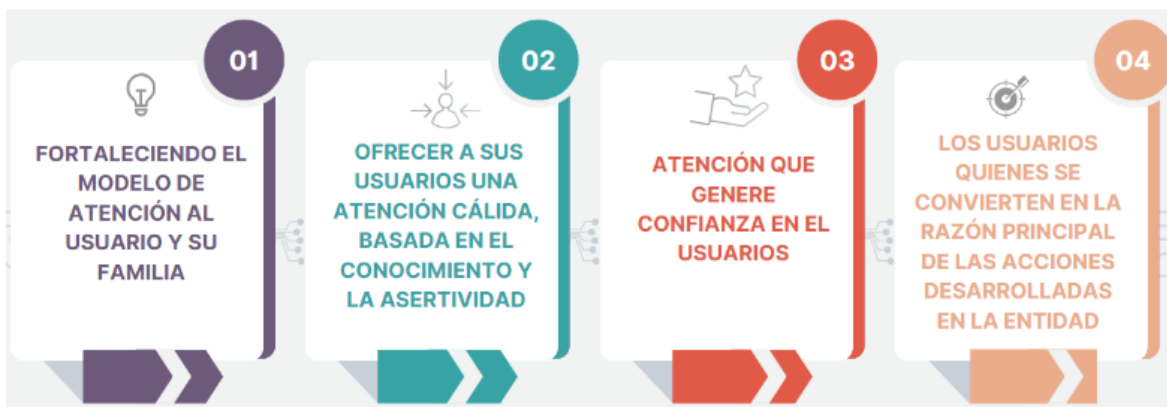
- Derecho a recibir**
 - Comunicación e información.
 - Trato digno.
 - Atención segura y de calidad.
 - Segunda opinión.
 - Servicios de salud en condiciones de higiene y seguridad.
 - Visitas / asistencia espiritual.
- Derecho a ser informado sobre**
 - Costos.
 - Como presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
 - Confidencialidad.
- Derecho a ser prioridad si**
 - Estado de salud lo amerita / TRIAGE.
 - Menor de 18 años o mayor de 60, embarazo, movilidad reducida.
 - Compromiso de salud mental.
 - Requiere facilitadores y señalización de lengua originaria.
- Derecho a participar en**
 - Actividades de docencia e investigación.
 - En la política de participación social de salud.

DEBERES DE LOS USUARIOS

- Deber a cumplir**
 - Normas.
 - Recomendaciones médicas.
- Deber a informarse sobre**
 - Horarios de atención.
 - Forma de pago.
 - Donde presentar P.Q.R.S.
- Deber a cuidar**
 - Su salud / familia.
 - Instalaciones y equipos.
- Deber a brindar**
 - Respeto.
 - Información completa.

Red Salud Armenia
 José Antonio Correo López
 Red de Salud Armenia

Con el fin de mejorar la atención hacia el usuario y su familia, la organización se ha comprometido a:



Eje: Gestión clínica excelente y segura

En este componente tiene como meta minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados de impacto en términos de la contribución a la salud de la población y el bienestar de la sociedad, para ello se cuenta con el programa de seguridad del paciente.

Política de Seguridad del paciente

Comprometidos con la seguridad del paciente, Red Salud Armenia ESE desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos en la prestación de los servicios de salud, informando e involucrando al paciente y su familia en el proceso de atención, enmarcado en una cultura justa, transparente, preventiva y no punitiva, fomentando la responsabilidad y la mejora continua de los procesos a través de las siguientes líneas estratégicas:



Para la vigencia 2023, se obtuvieron los siguientes resultados:

Documentación y actualización del programa de seguridad del paciente, adecuando los paquetes instruccionales según el contexto de nuestra institución

En el transcurso del año 2023 el programa de seguridad del paciente obtiene diferentes logros y cumplimiento de metas instauradas, mencionando inicialmente la documentación y adaptación de la política institucional de seguridad del paciente la cual cursa actualmente por su versión número cinco (5). Además de la creación, implementación y medición de diferentes paquetes instruccionales incluidos en los diferentes grupos de prácticas seguras como lo son: procesos asistenciales seguros, procesos institucionales seguros, los cuales se relacionan a continuación:

- Protocolo: Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
- Protocolo de Prevención y reducción de la frecuencia de caídas (actualización)
- Protocolo de adecuada comunicación de personas que atienden y cuidan a pacientes a pacientes con enfoque diferenciado
- Protocolo: detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud
- protocolo prevención de úlceras por presión(actualización)

Implementación del programa de seguridad del paciente a través de la gestión de los riesgos identificados en el análisis de las atenciones inseguras reportadas

Para la vigencia del 2023 con cohorte al día 30 del mes de noviembre se reportaron 342 atenciones inseguras, las cuales serán expuestas a continuación.

CONSOLIDADO REPORTE INDICIO DE ATENCIONES INSEGURAS 2023	
	TOTAL
INCIDENTES	269
EVENTOS ADVERSO NO PREVENIBLE	1
EVENTOS ADVERSO PREVENIBLE	11
EVENTO EXTERNO	4
DESCARTADOS	57
TOTAL DE REPOTES	342

185

Donde se evidencia un aumento significativo del número de reportes recibidos en relación al año inmediatamente anterior 2022 donde se consiguió un total de reportes de 191 atenciones inseguras.

Los resultados expuestos por el consolidado general del año 2023 nos dejan los siguientes datos: reiterando en un total de 342 casos reportados, cincuenta y siete (57) de ellos no correspondieron a un indicio de atención insegura clasificándose como reportes descartados, once (11) siendo catalogadas como evento adverso prevenible y uno(1) como no prevenible, con la mayor estadística se identificaron doscientos sesenta y nueve (269) incidentes y por ultimo cuatro (4) de estos fueron indicios de atención insegura por entidad externa a nuestra institución, de las cuales fue posible realizar intervención, análisis y su respectivo plan de mejora, a 285 de los casos, de estos representando el 100% del total de los casos clasificados como atención insegura.

Las principales acciones inseguras están relacionadas con los paquetes instruccionales: mejorar la seguridad en la administración de medicamentos, procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.



Los resultados expuestos en el comparativo del consolidado general del año 2022 y 2023 nos permite evidenciar una adecuada gestión en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y el fomento del reporte de los indicios de atención inseguras realizada durante el año 2023 tanto al cliente interno como al cliente externo, se realiza exposición de los datos en la gráfica anterior.

Reporte de indicadores

Con el fin de medir el seguimiento y grado de implementación de prácticas seguras en nuestra institución, se realizó seguimiento a los indicadores de la resolución 256 del 2016, así como la creación y el seguimiento de indicadores propios del programa que permitieron medir la adherencia a los diferentes paquetes instruccionales, actualmente el programa cuenta con un total de 88 indicadores los cuales se encuentran cargados en la plataforma institucional Torresoft; cabe resaltar que los indicadores que mostraron desviación cuentan con su respectivo plan de mejora. Se realiza la exposición de los indicadores con cohorte al mes de noviembre según la resolución 256 del año 2023 los cuales se exponen a continuación:

PAQUETE INSTRUCCIONAL	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION DEL INDICADOR	Anual		
			Numerador	Denominador	Promedio
Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados con la atención en salud	Proporción de endometritis pos parto vaginal	Numero de endometritis pos parto vaginal/Numero total de nacidos vivos	0	41	0,00%
	Flebitis asociadas al uso de catéter periférico	Numero de infecciones (flebitis infecciosas) asociadas al uso de cateteres venoso / Numero de venopunciones realizadas	1	16543	0,01%
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. / Total de egresos de hospitalización	0	394	0,00%
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. / Total de personas atendidas en urgencias.	3	23278	0,01%
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización.	0	985	0,00%
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas / Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	3	23278	0,01%
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas / Total de personas atendidas en consulta externa	2	144030	0,00%
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas / Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	9754	#REF!	#REF!
	Numero total de caídas que se clasificaron como eventos adversos	Número total de caídas clasificadas como evento adverso / Número total de caídas en el periodo	3	5	60,00%
	Numero total de caídas que se clasificaron como incidente	Número total de caídas clasificadas como incidente / Número total de caídas en el periodo	3	6	50,00%
	Prevenir úlceras por presión	Tasa de úlceras por presión	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización	0	985
Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria	Tasa de reingreso de paciente	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/Número total de egresos vivos en el periodo	1	394	0,25%
seguridad del paciente - 256 generalidades	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo	51	23280	0,22%
	Gestión de Eventos Adversos	Numero de eventos adversos gestionados/Numero de eventos adversos reportados	12	12	100,00%

Jornadas Fortalecimiento cultura de Seguridad del Paciente

Despliegue de la política de seguridad del paciente:

La educación en seguridad del paciente fue desarrollado mediante las capacitaciones realizadas al cliente interno en el transcurso del 2023 donde se logro dar cumplimiento del 79% del plan de capacitaciones presentado en el comité celebrado en el mes de febrero, a continuación se relacionan los temas brindados a los funcionarios:

188

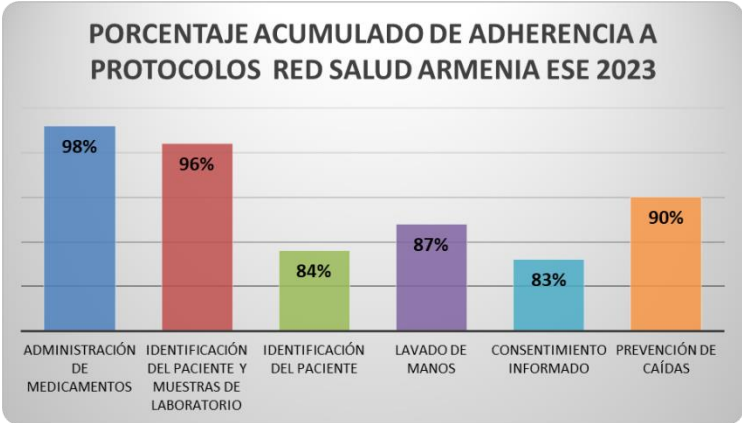
PLAN DE SOCIALIZACION Y CAPACITACION 2023

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FRECUENCIA PROGRAMADA	CUMPLIMIENTO EN NUMERO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Seguridad en los procedimientos quirúrgicos	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Atención segura a la gestante y recién nacido	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Pruebas diagnosticas antes del alta hospitalaria	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
toma de muestras d laboratorio	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion de politica del seguridad del paciente institucional	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion barreras de seguridad: mejorar la seguridad en la utilizacion de medicamentos	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%

Socializacion barreras de seguridad: Asegurar la correcta identificacion del paciente en procesos asistencial y muestras de laboratorio	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion barreras de seguridad: Asegurar la correcta identificacion del paciente en procesos asistencial	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion barreras de seguridad: garantizar la funcionalidad de los consentimientos informados	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion barrera de seguridad en: Detectar, prevenir y reduccion infecciones asociadas en salud	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion Barreras de seguridad en: procesos para la prevencion y reduccion de la frecuencia de caidas	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion Barreras de seguridad en: atencion de urgencias en poblacion pediatrica	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	0	#DIV/0!
Socializacion Barreras de seguridad en: prevencion de la mal nutricion o desnutricion	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	0	#DIV/0!
Socializacion barrera de seguridad en : prevencion ulceras por presion	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion Barreras de seguridad en: Reducir el riesgo de la atencion en pacientes cardiovasculares	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	0	#DIV/0!
Socializacion Barreras de seguridad en : gestionar y desarrollar la adecuada comunicacion entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
Socializacion Barreras de seguridad en: Reducir el riesgo de la atencion de pacientes con enfermedad mental.	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	0	#DIV/0!
Socializacion barrera de seguridad en: Detectar, prevenir y reduccion infecciones asociadas en salud	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1	100%
		19	15	79%

Rondas de seguridad: El programa cuenta con una auxiliar de apoyo quien logra para el 2023 realizar la medición de adherencia a los protocolos institucionales de forma mensual, mediante la aplicación de listas de chequeo evidenciándose una baja adherencia en el servicio de urgencias y una muy buena adherencia de los servicios ambulatorios, de los cuales se priorizaron: administración de medicamentos, identificación del paciente, 5 momentos del lavado de manos, consentimiento informado, identificación del paciente y muestras de laboratorio, prevención de caídas.

En estas rondas se ejecutan actividades de búsqueda activa de indicios de atenciones inseguras, eventos adversos, capsulas informativas, se brinda educación al personal de forma individual y colectiva ya sea en los momentos de entrega de turno, entre otros; donde se suministra información relacionada con los riesgos en la atención y las barreras de seguridad implementadas en los protocolos del programa, mecanismos de reporte implementados, entre otros.



PORCENTAJE ACUMULADO DE ADHERENCIA A PROTOCOLOS			
LISTAS DE CHEQUEO	PROMEDIO ADHERENCIA		
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	TOTAL
Administración de medicamentos	99%	96%	98%
Identificación del paciente y muestras de laboratorio	98%	94%	96%
Identificación del paciente	89%	79%	84%
Lavado de Manos	86,00%	87,00%	87%
Consentimiento Informado	96%	69%	83%
Prevención de Caídas	92%	87%	90%

Folleto institucional: Con el fin de dar a conocer la política e involucrar al usuario y su familia en acciones de mejora, divulgar factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, se diseñó un folleto que contiene información sobre la importancia de conocer sobre el programa de seguridad con que cuenta nuestra institución, así como los mecanismos implementados para realizar los reportes por lo que el folleto incluye: que se puede reportar, como reportarlo y código QR.

¿Qué se puede Reportar?

- No sintió comodidad, silencio y privacidad.
- No le informaron y explicaron del uso de dispositivos o equipos.
- Sus derechos no fueron respetados.
- No le escucharon amable y respetuosamente.
- No le brindaron acompañamiento en el momento de noticias dolorosas o fallecimiento de un ser querido.
- Reacción adversa a medicamento.
- No contó con la disponibilidad de insumos o medicamentos.
- Medicamento vencido o alterado.
- Dosis o frecuencia incorrecta.
- Entrega equivocada de medicamento (nombre, presentación y calidad).
- Presenta daño en piel, asociado al uso del equipo y dispositivos (quemaduras, hematomas y entre otros similares).
- Fallas o mal funcionamiento del equipo.
- Caída de equipo al paciente.
- Falta de disponibilidad del equipo.
- Golpe a pacientes con equipo.

La ESE de Los Cuyabros

Te presenta el Programa de Seguridad del Paciente



Para reportar debes:

1. Colocar la cámara del celular frente al código.
2. Dar clic en el enlace que allí aparecerá.
3. Allí mostrará un formulario el cual debe diligenciar con:
 - a. Fecha del evento (momento en el que sucedió la inadecuada atención).
 - b. Nombre y documento del usuario (datos del paciente).
 - c. Servicio que reporta (lugar de lo ocurrido).
 - d. Sede dónde ocurre el evento.
 - e. Descripción del evento (cuente lo que sucedió).

Si al momento de reportar no tiene alguno de los datos que se solicita de igual manera puede realizar la notificación.



PARA RED SALUD ARMENIA ESE

Es valioso involucrar al usuario y su familia en la importancia de conocer y aplicar los cuidados con que cuentan nuestra institución con el fin de brindar seguridad de los diferentes riesgos que se pueden presentar durante su atención, por tal motivo queremos que con su ayuda podamos mejorar día a día en la prestación de todos y cada uno de los servicios que brindamos desde el Programa de Seguridad del Paciente.



¿Qué se puede Reportar?

A continuación, encontrará unos ejemplos de Atenciones Inseguras que puedes reportar. Si durante su atención en Salud, identificó algún riesgo como:

- Caídas de su propia altura, cama, silla, camilla, baño, entre otros.
- Observó un retiro y/o ingreso del servicio de urgencias, hospitalización, sala de partos sin autorización médica.
- Su cita fue mal agendada.
- No se identificó correctamente su nombre y datos de identificación, lo que le generó una atención inadecuada.
- Considera que se presentaron errores en su muestra de laboratorio y/o resultado.



¿Cómo se reporta una inadecuada atención y a través de que medios?

Verbalmente o por escrito: se pueden reportar índices de atenciones inseguras en la Oficina de SIAU.

A través del código QR: Cuando se puedan realizar los reportes, esta información llegará directamente al área del Programa de Seguridad del Paciente quien realizará la debida gestión de las atenciones inseguras reportadas por este medio. Los códigos QR se encuentran ubicada en todos los servicios de la UIS y Centro de Salud.

Mediante correo electrónico:
reportes@redsaludarmeria.gov.co

¿Qué se puede Reportar?

A continuación, encontrará unos ejemplos de Atenciones Inseguras que puedes reportar. Si durante su atención en Salud, identificó algún riesgo como:

- Caídas de su propia altura, cama, silla, camilla, baño, entre otros.
- Observó un retiro y/o ingreso del servicio de urgencias, hospitalización, sala de partos sin autorización médica.
- Su cita fue mal agendada.
- No se identificó correctamente su nombre y datos de identificación, lo que le generó una atención inadecuada.
- Considera que se presentaron errores en su muestra de laboratorio y/o resultado.



www.redsaludarmeria.gov.co

VIGILADO Supersalud
 Por la defensa de los derechos de los usuarios
 Línea Gratuita Nacional 018000513700

Rondas de seguridad alta dirección: Se realizaron las rondas de seguridad de alta gerencia denominadas “**Breafing y Debreaifing**” efectuándose 4 de 5 rondas programadas dentro del cronograma; estas rondas se realizaron de forma bimensual y se llevaron a cabo en el servicio de urgencias con el objetivo de medir la adherencia a diferentes paquetes instruccionales utilizando listas de chequeo con los ítems de cumple, no cumple, no aplica. se evidencio cumplimientos en algunos componentes, así como el no cumplimiento en otros; a continuación, se describen los paquetes a los cuales se les aplico lista de chequeo: prevención de caídas, Prevención de infecciones asociadas al cuidado en salud, Administración de

medicamentos segura del paciente, Seguridad en el autocuidado del paciente, Identificación correcta de las muestras de laboratorio, se estableció plan de mejora para las listas de chequeo con una adherencia menor al 90%, donde quedaron actividades por cumplir que dependen de la subgerencia de planificación institucional como la instalación de timbre de llamado de emergencia con video cámara, arreglo de las camillas, cambio de colchonetas de las camillas, implementación de escaleras de dos pasos entre otros. En última ronda realizada el día 30 de noviembre se utilizó una metodología de entrevista a los funcionarios del servicio de urgencias la cual contaba con un total de 18 preguntas; donde finalmente estos hacían referencia a la importancia de realizar las rondas de forma más periódica y dar cumplimiento a los compromisos adquiridos, también a la importancia de realizar los mantenimientos correctivos a las camillas ya que algunas de estas se encuentran en mal estado.

Conmemoracion del día mundial del lavado de manos: En el mes de mayo en union con las estudiantes del convenio docencia servicio, se realizo en el servicio de consulta externa de la UIS y en diferentes centros de salud la conmemoracion del día mundial del lavado de manos con el lema recomendado por la OMS “salve vidas, limpiece las manos”, brindando educación a los pacientes que se encontraban en los diferentes servicios.



El día 20 de septiembre se llevó a cabo la celebración de la feria de la Seguridad del Paciente, buscando fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes que favorecieran un ambiente seguro para nuestros usuarios, este año la OMS recomendo por tema «**Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente**», en reconocimiento del papel clave que los pacientes, las familias y los cuidadores desempeñan en la seguridad de la atención de la salud.

Por lo que en nuestra institucion se desarrollaron acciones que contaron con la participacion de los todos los centros de salud, servicios asistenciales y áreas administrativas de la institución, a través del festival de stands que se ubicaron en las principales entradas con el fin de integrar y captar la mayor cantidad de usuarios, familiares y colaboradores dando a conocer las prácticas de seguridad que se llevan a cabo en la institución,

Se desplego la estrategia mediante el lema: «¡Demos voz a los pacientes!», en donde se informo al usuario y su familia la importancia de conocer y aplicar las barreras de seguridad de los diferentes riesgos que se pueden presentar durante su atención, asi mismo, la importancia de comunicar oportunamente las acciones inseguras que se pueden estar presentando al personal del servicio donde esta siendo atendido.

Con esta estrategia se desplegaron los paquetes instruccionales priorizados asignados a cada área y/o servicio, a través del montaje de un Stand, que permitió demostrar las barreras de seguridad que se deben de aplicar para evitar que se presenten los eventos adversos, además, de educar tanto al cliente interno y externo, la responsabilidad que se tiene de adoptar las barreras que se estén trabajando, fomentando esta educación y aplicación al paciente y su familia.



Medición de cultura de seguridad del paciente: Con el objetivo de realizar medición de cultura de seguridad del paciente de la ESE Red Salud Armenia, se aplicó una encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), contemplada dentro de “los lineamientos para la implementación de la política de la seguridad del paciente en Colombia “Se ajustaron las preguntas para diligenciamiento en formularios google, de acuerdo a 10 Dimensiones evaluadas en preguntas tipo escala de Likert, en las que, el funcionario marco su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones descritas en las preguntas. La encuesta conto con un total de 38 preguntas: las 4 primeras se relacionan a la categorización demográfica del personal que la diligencia y una pregunta final abierta opcional para describir los comentarios generales sobre la seguridad del paciente.

En el diligenciamiento de la encuesta de percepción participaron 140 funcionarios del área asistencial de los servicios ambulatorios, hospitalarios, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de la ESE.

Finalmente se logró concluir:

- El 89.3 de los funcionarios no han realizado un reporte de los indicios de atenciones inseguras por lo tanto se deben implementar acciones que incentiven y permitan el fortalecimiento del reporte de las atenciones inseguras.
- Se observó que un alto número de funcionarios, aunque percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso, por lo que se deben Implementar

estrategias que permitan reducir la percepción punitiva al realizar los análisis y acciones de mejora de las atenciones inseguras.

Elaboración de afiche con código Qr para reporte de atenciones inseguras: Durante el año 2023 el programa de seguridad del paciente implemento un afiche con código Qr con el fin de fortalecer e incrementar el auto reporte de atenciones inseguras tanto en el cliente interno como en el paciente y su familia

Código QR para reporte de indicio de atención insegura

RED SALUD ARMENIA PARTICIPATIVA

Si durante su atención en salud, identificó algún riesgo lo invitamos a ingresar al código QR:

- No sintió comodidad, silencio y privacidad.
- No le informaron y explicaron del uso de dispositivos o equipos.
- Sus derechos no fueron respetados.
- No lo escucharon amable y respetuosamente.
- No le brindaron acompañamiento en el momento de noticias dolorosas o fallecimiento de un ser querido.

HUMANIZACIÓN

Si durante su atención en salud, identificó algún riesgo lo invitamos a ingresar al código QR:

- Presenta daño en piel, asociado al uso del equipo y dispositivos (quemaduras, hematomas y entre otros similares).
- Fallas o mal funcionamiento del equipo.
- Caída de equipo al paciente.
- Falta de disponibilidad del equipo.
- Golpe a paciente con equipo.

TECNOVIGILANCIA

Si durante su atención en salud, identificó algún riesgo lo invitamos a ingresar al código QR:

- Reacción adversa a medicamento.
- No disponibilidad de insumos o medicamentos.
- Medicamento vencido o alterado.
- Dosis o frecuencia incorrecta.
- Entrega equivocada de medicamento (nombre, presentación y cantidad).

FARMACOVIGILANCIA

Si durante su atención en salud, identificó algún riesgo lo invitamos a ingresar al código QR:

- Caídas (de su propia altura, cama, silla, camilla, baño, entre otros).
- Observo un Retiro y/o egreso del servicio de urgencias, hospitalización, sala de partos sin autorización médica.
- Su cita fue mal agendada.
- No se identificó correctamente su nombre y datos de identificación, lo que le genero una atención inadecuada.
- Considera que se presentaron errores en su muestra de laboratorio y/o resultado.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Logo: José Antonio Correa López Armenia

Desarrollo de comités de Seguridad del Paciente: Se realizó actualización de acto administrativo donde se modifica el comité de seguridad del paciente derogando las resoluciones 056 de febrero de 2020 y 232 de agosto de 2020 aprobándose la resolución número 140 de abril 10 de 2023.

Durante la vigencia se desarrolló el comité de Seguridad del Paciente en los tiempos establecidos, los cuales tuvieron como objetivo mantener el seguimiento de todo el desarrollo de nuestro plan de trabajo. El comité de seguridad del paciente se celebra de forma bimestral y en este se realizan acciones encaminadas a realizar seguimientos y verificación de cumplimiento a objetivos y funciones de cada programa. También realiza acciones de acompañamiento y verificación de cumplimiento a los programas de vigilancia (Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y

Reactivo-vigilancia) quienes de forma independiente continúan desarrollando sus actividades de gestión del riesgo y de eventos adversos relacionados con cada uno de ellos y a través del programa y comité de Seguridad del Paciente. Cada comité ejecutado cuenta con su respectiva acta y aprobación por parte de cada uno de los participantes; es importante resaltar que para el año en vigencia se contó con una baja participación por parte de la subgerencia científica y la subgerencia de planificación institucional.

b. Eje: Atención humanizada

Con la implementación de este eje se espera garantizar el respeto y la dignidad del ser humano, para ello se implementó el programa de atención humanizada.

POLÍTICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA

Red Salud Armenia ESE, comprometida con la calidad y humanización durante la atención, brinda un trato amable, privado, respetando la dignidad del usuario y su familia, basados en el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes y sus colaboradores.



PRÁCTICAS DE ATENCIÓN HUMANIZADA

A	B	C	D	E
Aportar comodidad, silencio y privacidad	Buen uso de la tecnología	Contribuir al apoyo emocional, espiritual y manejo del dolor	Derechos respetados	Escucha amable y respetuosa

Para el plan de acción de la vigencia 2023, el eje de atención humanizada tenía las siguientes actividades y estrategias:

Celebración por primera vez el Mes de la **HumanizACCIÓN** en salud:

CELEBRACIÓN MES DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD	
ÁREA/ SERVICIO/ CENTRO DE SALUD	CANTIDAD DE CAPACITADOS
CORREA GRILLO	9
SANTA RITA	8
CAA DEL SUR	11
PILOTO URIBE	17
CONSULTA EXTERNA UIS	10
EL PARAISO	8
ÁREA FINANCIERA	11
MEJORA CONTINUA	7
SERVICIOS HOSPITALARIOS	24
TOTAL	105

Esta actividad fue realizada en todos los centros de salud, y en algunos servicios y áreas de la Unidad Intermedia del sur, con el fin de integrar a los funcionarios de la red y fomentar el trabajo en equipo a través del juego y la reflexión.



Se realizaron 4 capacitaciones a todos los funcionarios de Red Salud de los servicios ambulatorios, los cuales fueron actividades lúdicas relacionadas con valores:

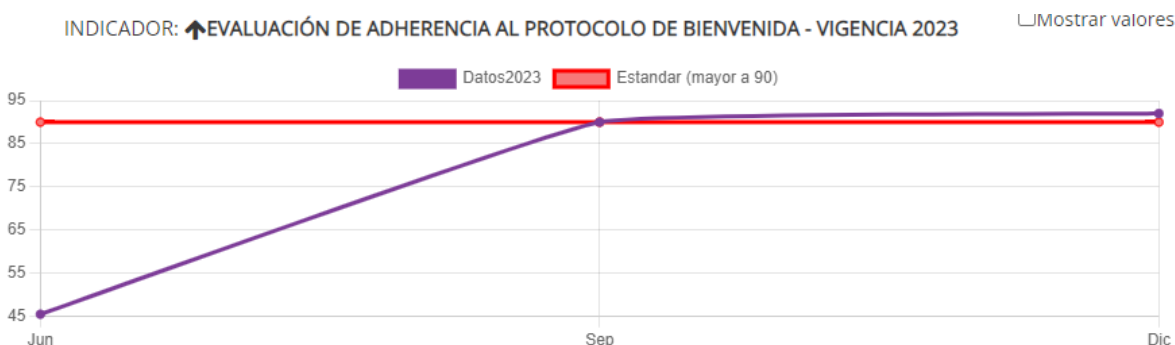
JORNADAS DE CAPACITACIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS		
TEMA	MES	CANTIDAD DE CAPACITADOS
COMUNICACIÓN ASERTIVA	AGOSTO	135
COOPERACIÓN	SEPTIEMBRE	136
EMPATIA	OCTUBRE	127
FRATERNIDAD Y VOCACIÓN DE SERVICIO	NOVIEMBRE	122

Para estas jornadas de capacitación los temas a tratar eran sobre los valores esenciales en el trabajo en equipo, durante los meses de Agosto a Noviembre se realizaron actividades lúdicas en las que se trabajó la importancia de la comunicación asertiva, la cooperación en el equipo de trabajo, la empatía (ponerse en los zapatos del otro) y la vocación de servicio con nuestra labor en la red y la fraternidad en los ambientes de trabajo.





Adherencia al protocolo de bienvenida



Se determinó que la información suministrada sobre la adherencia al protocolo de bienvenida era insuficiente, por lo que se crearon dos formatos en los cuales se toman en cuenta todos los ítems que corresponden al protocolo, similar a una lista de chequeo, esto con el fin de guiar a los pacientes dentro del servicio en el que se encuentren. Por lo tanto, la adherencia de este indicador aumento satisfactoriamente.

ADHERENCIA PROTOCOLO DE BIENVENIDA	
TRIMESTRES	2023
I TRIMESTRE (ENERO, FEBRERO, MARZO)	0
II TRIMESTRE (ABRIL, MAYO, JUNIO)	45
III TRIMESTRE (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE)	90

Fueron gestionadas las necesidades de embellecimiento institucional que fueron identificadas en las rondas de humanización realizadas en los diferentes servicios:



Con el fin de identificar atenciones deshumanizantes se realizaron jornadas de trabajo en la oficina de atención al usuario, puesto que allí suelen consultar los pacientes para resolver dudas o expresar su inconformidad con la atención recibida. Así pues, se identificaron y gestionaron atenciones deshumanizantes así:

GESTIÓN DE ATENCIONES DESHUMANIZANTES		
JUSTIFICACIÓN	MES	CANTIDAD DE AD
Asignación de citas (atención preferencial a adulto mayor)	Septiembre	9
Entrega de micronutrientes gestante (lengua indígena)	Octubre	1
Asignación de citas (atención preferencial a adulto mayor)	Noviembre	5

c. Eje de Gestión del riesgo

Cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos y en cumplimiento con circulares expedidas por la Superintendencia, se inició el proceso de implementación de los riesgos definidos, entre los cuales se cuenta con:

Política de gestión de riesgo

Red Salud Armenia ESE gestionara en sus procesos los riesgos inherentes a: el direccionamiento estratégico, posibles actos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo, jurídicos, de seguridad digital, ambientales, de seguridad y salud en el trabajo, de emergencias y desastres, de seguridad del paciente, colectivos e individuales, enmarcados en una cultura de calidad y calidez, promoviendo la identificación e implementación de controles para minimizar la probabilidad de ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias, fomentando la cultura de autocontrol para alcanzar un mejor desempeño de los procesos institucionales.

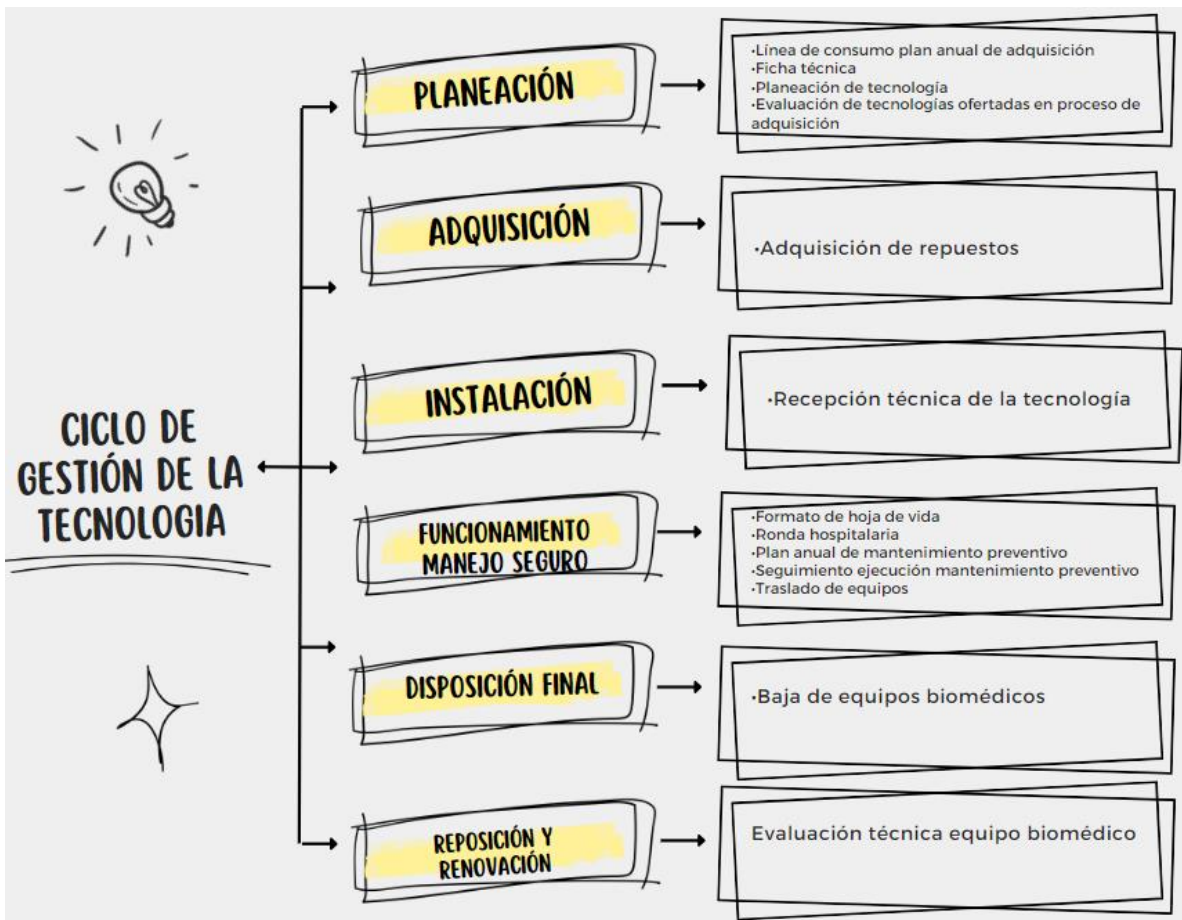
RIESGOS DEFINIDOS



Actualmente, se creó el comité de gestión de riesgos, y se encuentra en diseño las matrices a implementar de los riesgos definidos.

d. Eje gestión de la tecnología

Cuya meta es lograr la planeación de la tecnología, mediante el proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones, para ello, se desarrolló el ciclo de gestión de la tecnología:



e. Eje de responsabilidad social

Cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

EJES

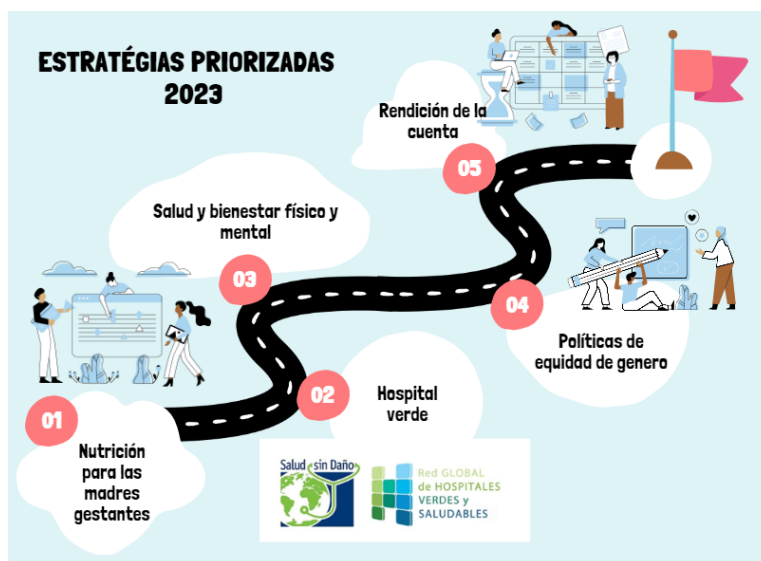
RESPONSABILIDAD SOCIAL

Política

Red Salud Armenia ESE, se compromete a trabajar como una institución socialmente responsable, generando impacto en el desempeño económico, social y balance ambiental logrando un entorno más estable y próspero a favor del bienestar social de las partes interesadas. A demás, se compromete a proteger, respetar y preservar los recursos naturales previniendo la contaminación ambiental, inculcando acciones y estrategias orientadas a mejorar las condiciones del medio ambiente.



Para la vigencia 2023, se priorizaron las siguientes iniciativas:



ESTRATEGIA	INICIATIVA
Superando Barreras	Nutrición para las madres durante la gestación y la lactancia. (IAMI)

Se dio cumplimiento a esta iniciativa con la realización, implementación y seguimiento de la política IAMI, se capacita a todos los colaboradores implicados en el proceso, se solicita incluir capacitación en la inducción al personal nuevo, se está implementando la consejería en lactancia materna y se ingresa a planificación familiar a las 72 horas siguientes después de nacido el bebé.

ESTRATEGIA	INICIATIVA
CONCIENCIA ECO	Manejo de residuos – Reciclaje
	Manejo de residuos – Tapitas
	Manejo de residuos – Equipos electrónicos, pilas y baterías
	Uso eficiente de energía
	Aprovechamiento y uso eficiente del agua
	Una nueva vida, un nuevo árbol
	Verificación del impacto en la disposición final
	Jornadas educativas en el marco del calendario ambiental
Implementar la estrategia de las 3R (Reducir, Reutilizar y Reciclar)	

En el 2023, Se ha venido trabajado en las iniciativas planeadas, se le está haciendo cargue de los indicadores; en cuanto la iniciativa Una nueva vida un nuevo árbol dio inicio su implementación en el mes de noviembre con la siembra de 20 árboles los cuales se sembraron a las afueras de la Unidad Intermedia del Sur.

La certificación de Hospital verde se envió toda la documentación para su actualización en el mes de diciembre.

Se tiene como meta conseguir las bolsas ecológicas para implementar el uso de estas en el servicio farmacéutico y ya no comprar las bolsas plásticas.



ESTRATEGIA	INICIATIVA
Ese Gran Equipo Red Salud	Salud y bienestar físico y mental para nuestro personal
	Licencia de maternidad y hora de lactancia extendida.

En la iniciativa salud y bienestar físico y mental para nuestro personal no se pudo implementar ya que las primeras convocatorias para las caminatas no tuvieron buena acogida de los colaboradores y el resto del cronograma no se cumplió con él.

En la licencia de maternidad y hora de lactancia extendida desde el principio de año con el asesoramiento de la jurídica se informó que no se podía realizar la licencia de maternidad extendida, pero al contrario con Resolución quedo establecido que a partir de la vigencia 2024 la hora de lactancia materna se iba a extender a 3 horas, es decir a 1 hora y media en cada jornada hasta los 6 meses y de los 6 meses hasta los 2 años 1 hora de lactancia materna, con esta iniciativa se pretende ampliar el nivel de satisfacción de los colaboradores

ESTRATEGIA	INICIATIVA
En Red con la Comunidad	Brigadas Comunitarias

Hasta la fecha y durante toda la vigencia 2023 se han atendido 194 personas en odontología, 143 en consulta externa y 572 en consulta de enfermería extramural



ESTRATEGIA	INICIATIVA
Gobernanza Moderna	Políticas de equidad de género Transparencia y rendición de cuentas.

Gestión del Talento Humano creó la política de equidad de género para el año 2024 se debe realizar socialización.

En transparencia y rendición de la cuenta, esta se realizó en el mes de mayo con la participación de 38 personas por Facebook live, 48 personas se les socializo en los centros de salud y 61 personas asistieron a la convocatoria en la Unidad Intermedia del Sur.



El porcentaje de cumplimiento del cronograma de iniciativas del eje de Responsabilidad Social es del 87%, quedándose sin realizar las actividades recreativas a los colaboradores y la licencia de maternidad extendida.

f. Eje de transformación cultural

Cuya meta, es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

Con la implementación del eje, se espera que los colaboradores, se adhieran a los comportamientos esperados, teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico:

Modelo	Eje de acreditación	Atributo	Indicador
T	Atención centrada en el usuario	Eficiencia	Porcentaje de pacientes que refieren fueron informados de los derechos durante su atención
		Satisfacción	Proporción de satisfacción global de los usuarios.
	Atención humanizada	Aceptabilidad	Evaluación de adherencia al protocolo de bienvenida
Modelo	Eje de acreditación	Atributo	Indicador
E	Gestión del riesgo	Efectividad	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
		Efectividad	Mejoramiento continuo de la calidad a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior
		Efectividad	Porcentaje de indicadores desviados con metodología de análisis
Modelo	Eje de acreditación	Atributo	Indicador
R	Gestión del riesgo	Disponibilidad	Proporción ejecución presupuestal de gastos
	Gestión de la tecnología	Coordinación	Evaluación de tecnología con metodología establecida
Modelo	Eje de acreditación	Atributo	Indicador
R	Gestión del riesgo	Efectividad	Proporción de demanda inducida efectiva a las intervenciones de la RIA PMS, por profesional en salud, técnico en salud, auxiliar de facturación.



Adicionalmente el eje de transformación cultural en su Plan de acción para la vigencia 2023 conto con una serie de actividades lúdico recreativo que permitieron que el aprendizaje fuera mediante juegos, estas actividades son:

1. Se realizaron 4 capacitaciones a todos los colaboradores de la entidad, su forma de evaluación fue lúdica y los temas a realizar fueron conocimientos generales de la entidad.

TEMA	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	FORMA DE EVALUACIÓN
Generalidades de acreditación	252	Juego alcanzando una estrella
Plataforma Estratégica	246	Juego Kahoo!
Modelo de atención	206	Crucigrama
Línea de Tiempo		



2. Los viernes de transformación cultural, son actividades lúdicas o juegos que permiten reforzar los conocimientos adquiridos por los colaboradores en las capacitaciones, se realizaron 2 viernes de transformación cultural en el año.

ACTIVIDAD	CANTIDAD DE PARTICIPANTES	JUEGO
Primer viernes de transformación cultural	246	Escalera a la acreditación
Segundo viernes de transformación cultural	206	Rompecabezas



3. Replicante de transformación cultural son colaboradores que fueron designados por los líderes para apoyar el aprendizaje de sus compañeros de procesos en todos los temas capacitados que son de vital importancia para el conocimiento sobre la entidad.

La entidad actualmente cuenta con 15 replicantes de transformación cultural distribuidos en: C. S Clarita, C.S Paraíso, C.S Correa Grillo, C.S Piloto Uribe, C.S Santa Rita, CAA del Sur, Consulta Ext y Epidemiología, Bienes y Servicios, Sistemas, gestión Ambiental, Laboratorio Clínico, Salud Ocupacional, SIAU, Administración tercer piso y Jurídica.



Actividad realizada por el Replicante Bienes y Servicios

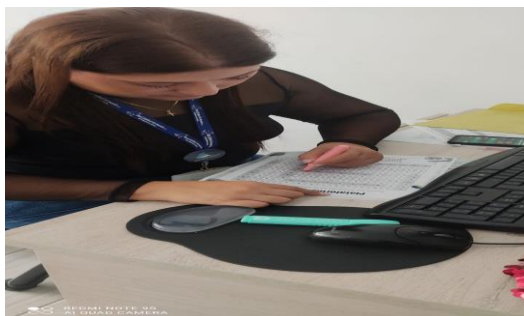


Actividad realizada por el Replicante Gestión Ambiental



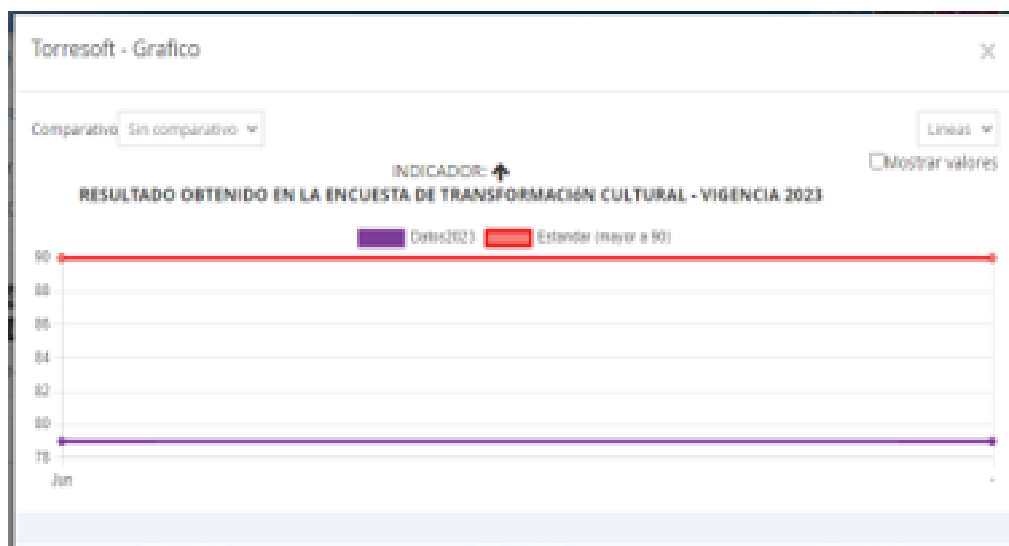
Actividad realizada por el Replicante Piloto Uribe

Actividad realizada por el Replicante Correa Grillo



Actividad realizada por Replicante Administrativo 3er piso

4. Encuesta de transformación cultural, se realizó la primera encuesta en el mes de abril, la cual tenía como fin estudiar la percepción que los funcionarios tiene de la organización, de la alta dirección y de sus conocimientos en temas generales de la entidad; esta encuesta contó con 17 preguntas y fue diligenciada por 98 colaboradores, sus respuestas específicamente son siempre, algunas veces o nunca; el resultado obtenido en la encuesta es del 79% de los colaboradores que respondieron positivamente a esta;



5. La Capsula Informativa de datos estadísticos contiene información importante de la entidad que todos los colaboradores deben conocer, los datos son (No. De camas, valor presupuesto, fecha creación de Red Salud Armenia, capacidad instalada de los centros de salud y de la UIS, No. Felicitaciones, etc; adicionalmente tiene una sopa de letras para que los trabajadores realicen la actividad y practiquen los conocimientos adquiridos mediante la capsula.
6. Actividad Final Búsqueda del Tesoro en busca de la acreditación, para esta actividad se inscribieron 13 grupos de 4 personas cada uno, las actividades a

realizar es para evaluar los conocimientos que los colaboradores tienen sobre la entidad y los adquiridos mediante las capacitaciones realizadas durante toda la vigencia, al igual que también se realizara actividad física y recreativa en la búsqueda del tesoro.

El porcentaje de cumplimiento del cronograma de actividades por fecha del eje de transformación cultural es de 78%, sin embargo, las actividades que no se realizaron en la fecha estipulada se ejecutaron posteriormente para un cumplimiento del 100% en el año.

MERCADEO

Durante la vigencia 2023, se tuvo contratación por modalidad Cápita con las siguientes EPS SUBSIDIADAS Nueva EPS, Asmet Salud, EPS Sanitas y EPS Sura la cual la distribución de la cápita y de los usuarios es así:

ENTIDAD	VALOR UPC MENSUAL	No. USUARIOS
SURA	\$ 27.564	7.440
NUEVA EPS	\$ 24.737	43.903
ASMET SALUD	\$ 19.594	31.591
SANITAS	\$ 24.408	12.056
TOTAL	\$ 96.303	94.990

Con un total de usuarios cápita de 94.990

En cuanto a la contratación por evento se tiene con las siguientes EPS

EPS		CONTRATO	DURACION	TARIFAS
ASMET SALUD EPS	Evento Subsidiado	QUI-283-S22	01 De Marzo a 31 DICIEMBRE 2022 CON PRORROGA AUTOMATICA	SOAT - 19%
	Evento Contributivo	QUI-336-C22	01 De Marzo a 31 DICIEMBRE 2022 CON PRORROGA AUTOMATICA	SOAT - 19%
POSITIVA	Evento	666 de 2020	17/12/2020 (5 años)	SOAT PLENO
MUNICIPIO DE ARMENIA (CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD)	Evento	20230004	Hasta el 15 de Diciembre 2023 o agotar recursos \$20.000.000	
MUNICIPIO DE ARMENIA PIC	Evento	2023005	Hasta el 21 de Diciembre 2023 o agotar recursos \$ 601.339.126	
MUNICIPIO DE ARMENIA CBA SANITAS	Evento	00-008 DE 2023	Hasta agotar recursos \$ 250,000,000	
	Evento Subsidiado y Contributivo	IMDECU-1587	Inicio Junio 01 2023 1 año prorrogable	UVT -15%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	Evento	CONTRATO SOS-REG-080-2023	15 OCTUBRE DE 2023 FECHA DE TERMINACION 14 OCTUBRE DE 2024 PRORROGA AUTOMATICA	UVT - 5%
EPS SURA	Evento	83602	1 Noviembre hasta el 31 de Enero 2024	UVT -15%

209

COMUNICACIONES

Desde el proceso de comunicaciones permanentemente se realizan publicaciones para difundir, socializar, educar e informar a la comunidad sobre las actividades que se desarrollaron en Red Salud Armenia E.S.E. desde los diferentes programas. Durante el año 2023 se han llevado a cabo la socialización de los eventos y noticias importantes y de relevancia de nuestra Red.

Primer semestre:

Difusión fechas especiales y conmemorativas.

Socialización Rendición de Cuentas, sábado 6 de mayo 2023.

Difusión en la página web de documentos solicitados por cada proceso.

Socialización de las actividades y jornadas de salud.

Difusión Unidad médica odontológica y 2 ambulancias.

Desde nuestras redes sociales de manera permanente campañas, afiches, videos sobre las actividades que realizamos desde la institución, como vacunación COVID-19, vacunación PAI, odontología, medicina general, Promoción de Rutas de Atención, madres gestantes, campañas de prevención de enfermedades tales como el Dengue y La Malaria.

Desde el proceso de comunicaciones se realizaron publicaciones para difundir, socializar, educar y sensibilizar a la comunidad en general.

RED SALUD ARMENIA INFORMA


¿SABÍAS QUÉ?

- La Lepra se reproduce lentamente y tiene un periodo promedio de incubación de 5 años.
- Puede afectar a niños, jóvenes y adultos, pero se puede curar mediante un tratamiento regular, completo y oportuno.
- La enfermedad afecta principalmente la piel, los nervios periféricos y los ojos.
- Las manifestaciones incluyen lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas con pérdida definitiva de sensibilidad.

POR ESO...

- Poner fin a la discriminación, el estigma y los prejuicios es fundamental para acabar con la lepra.

El diagnóstico y tratamiento contra la Lepra es GRATUITO sin importar el tipo de afiliación que tengas.



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

Día Mundial del Síndrome de Asperger

18 febrero



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

Día Mundial de la SALUD

7 Abril



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

210

RED SALUD ARMENIA ESE INFORMA

Signos de alarma de dengue

Muchos pueden ser cuidados en casa, sin embargo ante cualquier signo de alarma debes acudir al centro de salud más cercano.

- Caida en la temperatura corporal, (38°C / 100°F).
- Dolor abdominal intenso.
- Vómito persistente.
- Sangrado en las encías.
- Fatiga.
- Somnolencia.
- Intranquilidad.
- Irritabilidad.

La atención médica temprana y adecuada
¡SALVA VIDAS!



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

RED SALUD ARMENIA INFORMA

¡Si estás en embarazo!

- Usa ropa cómoda que no produzca presión en el vientre y los senos.
- Tus senos cambian de tamaño, usa brasier con cargaderas gruesas que te ayuden a soportar el peso.
- Hidrata tu piel con crema corporal.
- Participa de las actividades educativas que ofrece tu IPS básica, donde recibirás recomendaciones positivas para el embarazo.
- Aliméntate bien, con una dieta adecuada que garantice el crecimiento y desarrollo del bebe en formación.
- Vacúnate contra la influenza a partir de la semana 14 y la DTPa a partir de la semana 26.
- Visita el odontólogo, realiza una higiene adecuada para mantener estable tu salud bucal.
- Asiste a las citas asignadas, allí podrás resolver dudas y recibir información por parte del personal de la salud.



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

Tú puedes ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino

Red Salud Armenia
¡Pa' Cuidar de Todos!



Logo: José Antonio Correa López, Armenia, EPSA Fobos

Segundo semestre:

Socialización actividades desarrolladas en alianza con Enterritorio.

Publicación sobre la semana mundial de la lactancia materna.

Socialización carta deberes y derechos de los usuarios.

Difusión de la atención preferencial.

Divulgación de información sobre atención primera infancia, infancia y adolescencia.

Campañas preventivas sobre Dengue.

Jornadas de vacunación extramural.

Jornadas de salud extramural.

EN ESTA TEMPORADA SECA ¡Protégete del Dengue!

Elimina los posibles criaderos en agua estancada.

Utiliza repelente contra insectos.

Usa mosquitero o toldillo al dormir.

- Lava y cepilla los tanques de agua periódicamente.
- Cambia diariamente el agua de bebederos de animales.
- Protege los marcos de la ventana con malla de anejo.
 - Utiliza ropa cubierta para evitar picaduras.
 - Tapa los depósitos de agua.
- Mantén secas las áreas de la vivienda para evitar que se reproduzca el mosquito.
- Elimina tapas, llantas, latas, botellas y objetos en donde se pueda represar el agua.

José Antonio Correa López Gerente
Red Salud Armenia
ESPA TODOS

SEMANA MUNDIAL DE LA lactancia materna AGOSTO 1-7

Amamantar aumenta la producción de oxitocina, una hormona que relaja a la madre.

Los niños que son amamantados tienen un 37% menos de probabilidades de padecer asma.

Los bebés que son amamantados tienen un 25% menos de probabilidades de sufrir alergias.

La leche materna provee anticuerpos que protegen al bebé de enfermedades como diarrea y neumonía.

José Antonio Correa López Gerente
Red Salud Armenia
ESPA TODOS

VIGILADO Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios
Línea Gratuita Nacional 018000513700

GRAN JORNADA DE SALUD

La ESE de los cuyabros, invita a la comunidad a participar de los siguientes servicios:

- Medicina General.
- Vacunación.
- Odontología.
- Higiene Oral.
- Planificación Familiar.
- Citología.
- Rutas Integrales de Atención en Salud.

LUGAR:
Barrio Génesis, Manzana A # 1B

DÍA:
Viernes 15 de septiembre del 2023

HORA:
8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Red Salud Armenia
¡Pa' Cuidar de todos!

José Antonio Correa López Gerente
Red Salud Armenia
ESPA TODOS

La ESE de los cuyabros

Cuenta con vacunación exclusiva contra la fiebre amarilla en el Centro de Salud Piloto Uribe.

Horario de Atención:
Lunes a viernes 7:00 a.m. a 12:00 m.

Si vas a vacunarte recuerda que debes presentar el carnet de vacunación y el documento de identidad.

Para mayor información puedes acercarte al Centro de Salud Piloto Uribe.

José Antonio Correa López Gerente
Red Salud Armenia
ESPA TODOS

OFICINA ASESORA JURÍDICA

La oficina Jurídica de Red Salud Armenia, se permite informar los asuntos jurídicos atendidos en la vigencia 2023.

212

6.1 Gestión Contractual

La oficina jurídica prestó durante la vigencia 2023, la asesoría que demanda la organización a fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias que la afectan, con el propósito de defender sus intereses y lograr la eficiencia y transparencia en las actuaciones de Red Salud Armenia ESE, conforme a esto se realizaron actividades de asesoría contractual, actuaciones judiciales y asesoría jurídica a la Gerencia y demás áreas o servicios de la entidad.

6.4.1 Procesos Judiciales

Se adelantaron los diferentes trámites, de los 67 procesos que actualmente cursan en contra de la entidad en los diferentes despachos judiciales, es preciso resaltar que la mayoría de ellos corresponden a acciones de nulidad y restablecimiento del derecho por contrato realidad, (como se muestra en la siguiente tabla) por lo cual, a finales de la vigencia 2020 la oficina jurídica diseñó de acuerdo con la metodología de la Agencia de Defensa Jurídica del Estado y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la política de defensa jurídica y daño antijurídico la cual fue aprobó en el Acta No 01 del Comité de Conciliación realizada el día 23 Enero del 2020.

TIPO DE PROCESO	No PROCESOS	PRETENSIONES
<i>Nulidad y Restablecimiento del Derecho</i>	40	\$ 3.567.194.191
<i>Reparación Directa</i>	27	\$ 18.311.311.251
<i>Acción de Repetición</i>	2	0
TOTAL	69	\$ 21.878.505.442

OTROS TRAMITES ADELANTADOS

En lo corrido de la vigencia 2023, se contestaron 252 derechos de petición, dentro del término establecido por la Ley, las peticiones más recurrentes fueron sobre solicitud de antecedentes laborales, solicitud de historias clínicas, entre otros. Igualmente, se adelantó la contestación de 70 acciones de tutela que en su mayoría la E.S.E. hizo parte como vinculada y no como accionada. Al igual que se llevaron a cabo 15 comités de conciliación los cuales cuentan con sus respectivas actas.

6.4.1. Contratación

Durante lo corrido de la vigencia 2023, se realizó la notificación oportuna a los supervisores de todos los contratos que suscribió la entidad, dicha notificación se realizó a través del acta de designación de supervisión, igualmente se cumplió con las publicaciones y rendición de los diferentes informes a cargo de la oficina jurídica-contratación.

Es pertinente resaltar que los procesos de selección abreviada llevados a cabo por la oficina, fueron publicados y evaluados a través de la plataforma de Colombia Compra Eficiente SECOP II (Selección Abreviada proceso de Seguros, Selección Abreviada proceso de Vigilancia), a continuación, se muestra la tabla de contratos suscritos durante la vigencia.

CONTRATACIÓN DIRECTA.		
Tipo de contrato	No.	Valor
CONTRATO DE ARRENDAMIENTO	7	\$1.095.565.680
CONTRATO DE COMPRAVENTA	16	\$443.745.777
CONTRATO DE SUMINISTRO	28	\$2.781.061.801
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	242	\$11.068.638.473
CONTRATO DE OUTSOURCING	2	\$315.000.000
CONTRATO DE OBRA	0	0
ORDENES DE SERVICIOS	20	\$ 29.372.826
CONTRATO DE CONSULTORÍA	2	\$108.300.000
CONTRATO DE SEGURO	2	\$482.796.088
TOTAL CONTRATACIÓN		\$ 16.324.480.645

De igual manera para lo corrido de la presente vigencia, fue suscrito un contrato de comodato, y se realizaron dos (2) procesos de selección abreviada.

JOSÉ ANTONIO CORREA LÓPEZ
Gerente