



**HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA.**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E)**  
**MONTENEGRO (QUINDÍO)**

**INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL**  
**VIGENCIA 2018**

**MYRIAM BEJARANO PULIDO**

**Gerente**

**MARZO 26 DE 2019**

  
**VIGILADO Supersalud**  
Línea de Atención al Usuario: 665.00.870 – Bogotá, D.C.  
Línea Gratuita Nacional: 01.800.00.10388



Certificado No. SC-5858-1





## TABLA DE CONTENIDO

SALUDO .....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. PERFIL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E).....	6
1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	6
2. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	7
2.1 AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA (Valor porcentual 20%) .....	8
2.1.1 Autoevaluación Acreditación en salud .....	8
2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.....	10
2.1.3 Plan de Desarrollo Institucional.....	11
2.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (Valor porcentual 40%) .....	12
2.2.1 Riesgo fiscal y financiero.....	12
<b>2.2.2 Evolución del gasto por UVR .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos.....</b>	<b>15</b>
2.2.4 Deudas de personal superiores a 30 días.....	16
2.2.5 Utilización de RIPS.....	18
2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo .....	19
<b>2.2.7 Oportunidad reporte información Superintendencia Nacional de Salud ....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.8 Oportunidad reporte información en cumplimiento del Decreto 2193 del</b>	
<b>2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del</b>	
<b>Decreto 780 del 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y</b>	
<b>Protección Social, o la norma que lo sustituya .....</b>	<b>23</b>
2.3 AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL (Valor porcentual 40%) .....	25
2.3.1 Captación de gestantes.....	25



<b>2.3.2 Casos sífilis congénita</b> .....	26
<b>2.3.3 Adherencia a la guía de Hipertensión Arterial</b> .....	28
2.3.4 Adherencia a la guía de Crecimiento y Desarrollo .....	29
<b>2.3.5 Reingreso de pacientes a Urgencias</b> .....	30
2.3.6 Oportunidad en Consulta de Medicina general .....	31



Certificado No. SC-5858-1



## SALUDO

Como Gerente del Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E Montenegro, Quindío, presento a la Junta Directiva y a todos los actores con los se tiene relación directa e indirecta, usuarios internos y externos, ciudadanos y grupos de interés, el informe de Gestión Gerencial del periodo comprendido entre el 1º de enero al 31 de diciembre de 2018, el cual se caracteriza por la inclusión de las perspectivas reales y alcanzables por parte de todo el equipo de trabajo institucional. El punto de partida fue un diagnóstico participativo soportado en las evidencias que fueron recopiladas de los diferentes procesos de la organización, así mismo con los resultados de la articulación con el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020 y con la Dimensión Social del Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “UNIDOS POR UN NUEVO MONTENEGRO”.

Este esfuerzo es el resultado del ejercicio administrativo y misional de cada uno de los colaboradores de la ESE, quienes, con altos estándares de calidad y seguridad en su labor, prestan servicios de salud a la población.

Agradezco a Junta Directiva y a los colaboradores de la ESE sus aportes e invito a continuar vivenciando los valores institucionales, el mantenimiento de la transparencia, el fomento de la denuncia de la corrupción y a prestar servicios de salud bajo un modelo de atención integral en salud centrado en el paciente y su familia.

**MYRIAM BEJARANO PULIDO**  
Gerente

## INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Gestión Gerencial, se estructura en el marco de la Ley 1438 de 2011, Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018, emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social y se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad los cuales incluyen entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados; en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y financiera y Asistencial, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la nación y con la entidad territorial, además de los reportes de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de Salud y Protección Social respectivamente.

Con la expedición de la Resolución 408 de febrero 15 de 2018, se modificaron las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, motivo por el cual se enviaron y sustentaron los ajustes al Plan de Gestión Gerencial 2017-2020 presentado a la Junta Directiva de la entidad, atendiendo lo estipulado en el Artículo 3º de la citada Resolución; dichos ajustes fueron aprobados mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 001 del 13 de Marzo de 2018.

De conformidad con los términos establecidos en el artículo 3º de la Resolución 743 de 2013, se presenta el informe del Plan de Gestión Gerencial correspondiente a la vigencia 2018, el cual contiene los resultados de los 17 indicadores del área de Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Asistencial (correspondientes al primer nivel de atención), junto con la descripción de los logros obtenidos en la vigencia evaluada, y las causas de no cumplimiento de los indicadores que no alcanzaron el estándar.

Finalmente se incluye como anexo el consolidado de resultados de los 17 indicadores evaluados, junto con las fuentes de información respectivas según lo establecido en la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

## 1. PERFIL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E)

El Hospital Roberto Quintero Villa E.S.E de Montenegro es una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, de naturaleza pública, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El crecimiento, la diversificación, la investigación y una loable vocación, imprimieron el sello a los años que transcurrieron desde su fundación y enmarcaron el esfuerzo en esas épocas de transición entre los años 1950 y 1990. Después de la promulgación de la ley 100 de 1993, consolidó su proceso de transformación empresarial, convirtiéndose en Empresa Social del Estado.

El desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se encuentra habilitado bajo la Resolución 2003 de 2014 y certificado en el Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2015

### 1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

#### Misión

El Hospital Roberto Quintero Villa Empresa Social de Estado de Montenegro, es una Institución de primer nivel de complejidad que presta servicios de Salud con personal humano, idóneo y tecnología acorde a la complejidad del mismo, buscando el mejoramiento continuo en los procesos y la participación en proyectos de investigación.

#### Visión

En el año 2020, ser la institución Prestadora de Servicios Primarios, que mantiene la Certificación de Calidad en ISO 9001- 2015, buscando impactar positivamente la satisfacción de los usuarios.

#### Principios

- **Seguridad del usuario:** Reducir al máximo el número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente.



- **Mejoramiento continuo:** Todas las acciones diarias que permiten que los procesos y la entidad sean más competitivos en la satisfacción del cliente.
- **Trabajo en equipo:** Trabajo hecho por varios servidores donde cada uno aporta para lograr un objetivo común

## Valores

- ≈ **Respeto:** Valorar a las personas y reconocer sus derechos, aceptando sus diferencias y brindando un trato digno y cortes.
- ≈ **Sentido de pertenencia:** Satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo.
- ≈ **Autocontrol:** Capacidad de control o dominio sobre uno mismo.

## 1. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTIÓN

Las directrices del Plan de Gestión Gerencial están basadas en su totalidad en lo requerido por marco normativo vigente, es así como se definen tres (3) áreas de gestión, compuesta cada una de ellas por indicadores propios del nivel de complejidad de la E.S.E, en el caso del Hospital Roberto Quintero Villa ESE, le aplican los indicadores definidos para el primer nivel de complejidad.

Las áreas de Gestión definidas son las siguientes:

- Área de Gestión Dirección y Gerencia
- Área de Gestión Financiera y Administrativa
- Área de Gestión Clínica y Asistencial

## 2.1 AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA (Valor porcentual 20%)

### 2.1.1 Autoevaluación Acreditación en salud

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
1	Mejoramiento continuó de calidad aplicable a entidades no Acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥ 1,2	1,55	1,90	1,55	1,23

#### Compromisos de gestión

Preparar a la organización para aplicar la metodología de autoevaluación frente a la nueva versión del Manual de Acreditación para Instituciones Ambulatorias y Hospitalarias, como primer pasó de la ruta crítica para el desarrollo de un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

#### Actividades desarrolladas

- Conformación de equipos de autoevaluación de estándares de Acreditación de acuerdo a la planificación del proceso
- Preparación y entrega de instrumentos de calificación
- Realización de reuniones de grupo para calificación de estándares de Acreditación en Salud con base en el Anexo Técnico de la Resolución 5095 de 2018 (analizando el cumplimiento de cada estándar en cuando a enfoque, implementación y resultado)
- Consolidación de resultados de autoevaluación y presentación del informe a la Gerencia

#### Logros obtenidos

Teniendo en cuenta las etapas de implementación y ejecución de las actividades de mejora que se desarrollaron en la vigencia 2018, en el primer trimestre del presente año en curso, se realizó la autoevaluación de Estándares de Acreditación y se verificó el nivel de cumplimiento de la vigencia 2018 que a continuación se describe en comparación con la vigencia 2017, así:





**PROMEDIO DE CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN  
VIGENCIA 2018 VS 2017**

GRUPO DE ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN POR VIGENCIA	
	2017	2018
Atención al Cliente Asistencial	1,7	1,64
Direccionamiento	1,6	2,20
Gerencia	2,0	2,30
Gerencia del Talento Humano	1,5	1,65
Gerencia del Ambiente Físico	1,4	1,83
Gerencia de Tecnología	1,2	1,53
Gerencia de la Información	1,4	1,96
Mejoramiento de la Calidad	1,6	2,06
<b>TOTAL</b>	<b>1,55</b>	<b>1,90</b>

Por tanto se tiene que la calificación de autoevaluación cuantitativa de estándares del ciclo de preparación para la Acreditación para el año 2018 fue de 1.90.

**Formula:**  $\frac{\text{Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia}}{\text{Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior}}$

**Aplicación de la fórmula:**  $1.90 / 1.55 = 1.23$

El resultado de la aplicación de la fórmula es **1.23**

**Otros logros frente a estándares de calidad**

- Renovación del Certificado de cumplimiento de requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, por una vigencia de tres (3) años por parte del ICONTEC.



**2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad**

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,9	1,00	56	56	1,00

**Compromisos de gestión**

Formular, ejecutar y evaluar el PAMEC de la vigencia 2018 con base en la autoevaluación realizada de la vigencia 2017, aplicando la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Actividades desarrolladas:**

- ✓ Priorización de oportunidades de mejora generadas por la autoevaluación anual de los estándares de Acreditación bajo metodología riesgo, costo y volumen.
- ✓ Formulación de Planes de Mejoramiento de Acreditación, suscritos con los diferentes grupos de autoevaluación de Acreditación.
- ✓ Ejecución de los Planes de Mejoramiento de Acreditación.
- ✓ Realización de seguimientos a la ejecución de las oportunidades de mejora definidas en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad (PAMEC).
- ✓ Evaluación del cumplimiento del PAMEC según circular externa 012 de 2016

**Logros obtenidos**

- Ejecución total del plan de mejoramiento formulado con base en la autoevaluación de Acreditación.





- Análisis y reporte oportuno de los indicadores exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

### 2.1.3 Plan de Desarrollo Institucional

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥0,9	0,90	43	48	0,90

#### Compromisos de gestión

Adelantar las gestiones necesarias para el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo para la vigencia evaluada.

#### Actividades desarrolladas:

- Alineación de los Planes de Acción por procesos con el Plan de Desarrollo y demás planes institucionales exigidos por el Decreto 612 de 2018 (DAFP)
- Monitoreo trimestral de planes de acción por procesos
- Seguimiento semestral al Cumplimiento del Plan de Desarrollo, identificación de metas no cumplidas y toma de decisiones.
- Preparación de informe anual consolidado del cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo

#### Logros obtenidos

- Se alcanzaron 43 de las 48 metas formuladas en el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2018, para un cumplimiento del 90%.

#### Metas no cumplidas:



NIT. 890.060.400-2

- Captación temprana de gestantes (durante el primer trimestre del embarazo – Meta:  $\geq 85\%$ ): Ver causas de incumplimiento en indicador 21 del Plan de Gestión Gerencial.
- Recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE (Meta cero casos): Ver causas de incumplimiento en indicador 22 del Plan de Gestión Gerencial.
- Porcentaje de PQRSF gestionadas dentro de los parámetros establecidos (Meta 100%): Durante la vigencia 2018 a 3 PQRSF de las 62 recibidas se les dio respuesta fuera de los términos de ley.
- Número de actividades cumplidas del Programa de Gestión Documental / No. De actividades programadas (Meta 100%). No se dio cumplimiento a la actualización de las Tablas de Retención Documental actividad contemplada dentro del Plan de Acción del Proceso de Gestión Documental. Durante la vigencia 2018 no se contó con recursos para la contratación de un profesional para la actualización de las TRD. Actividad incluida en el Presupuesto para la vigencia 2019.
- Centro de Costos Implementado (30%): Durante la vigencia 2018 no se contó con recursos para la contratación de un profesional para la implementación del sistema de costos, motivo por el cual se incluyó dentro de la planificación del Presupuesto para la vigencia 2019.

## 2.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (Valor porcentual 40%)

### 2.2.1 Riesgo fiscal y financiero

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	4

### Compromisos de gestión:



Certificado No. SC-5858-1



Conservar el equilibrio financiero de la entidad, manteniendo la ESE sin riesgo fiscal y financiero.

### Actividades desarrolladas:

- ✓ Seguimiento y análisis periódico de los indicadores financieros.
- ✓ Desarrollo de acciones de austeridad en el gasto
- ✓ Control mensual de las obligaciones contraídas por la ESE
- ✓ Fortalecimiento de la gestión de cartera.

### Logros obtenidos

A través de la Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 la institución fue categorizada como una entidad **SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO** por el Ministerio de Salud y Protección Social, conservando la calificación obtenida en la vigencia 2017, lo que demuestra que las acciones tendientes a disminuir el gasto, la austeridad del mismo y la gestión del cobro, entre otras han generado impacto sobre la auto sostenibilidad de la E.S.E y el cumplimiento de la misión en la prestación de los servicios de salud con calidad, seguridad y oportunidad.

### 2.2.2 Evolución del gasto por UVR

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	0,95	13355,57	13.936,55	0,96

### Acciones desarrolladas

- ✓ Análisis periódico del comportamiento de los gastos, a través de los informes de austeridad en el gasto, donde se realizaron comparaciones con la vigencia anterior, priorización y racionalización.
- ✓ Control de los costos Institucionales, con el fin de mejorar la relación costo-beneficio.
- ✓ Racionalización del gasto monitoreando los consumos mensuales previstos en el presupuesto inicial.

## Logros obtenidos

Para la vigencia 2018 el presupuesto definitivo fue por valor de \$ **6.570.118.795.57**, ejecutándose un total de \$ **6.065.48.128.22**, es decir el 92.32% del definitivo, lo anterior gracias a que la ESE aplicó los lineamientos establecidos en la normatividad relacionada con la austeridad del gasto, permitiendo que:

- Los gastos de servicios personales asociados a la nómina en el año 2018 tuvieron una disminución de \$ 90.949.842 con respecto al año 2017, equivalente al 10.44%.
- Los gastos por concepto de insumos y suministros tuvieron un ahorro en el año 2018 de \$ 79.057.332, que representa una reducción del 6.68% con respecto a la vigencia 2017.
- Los rubros que presentaron incremento como servicios personales indirectos se respaldan en las necesidades del servicio para soportar la gestión de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la ESE, mientras que el incremento de los gastos generales se encuentra dentro en un porcentaje razonable.

## Análisis comparativo

Producir una UVR en la vigencia 2017 a valores constantes le costó a la entidad un total de \$ 13.936,55, mientras que en el año 2018 se presenta una disminución teniendo un valor de \$13.355,57, lo cual refleja que el costo de producción disminuyó en un 4.17%, así mismo la producción equivalente en UVR en el año 2018 aumentó en un 9.39% en comparación con la vigencia 2017.

## Causas de no cumplimiento del estándar

Pese a que el costo de producción de UVR disminuyó y la producción de UVR aumentó en la vigencia 2018 con respecto a la vigencia 2017, el resultado del indicador fue 0.96, es decir, 0.06 puntos por debajo el estándar establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social para el indicador, aspecto que obliga a la entidad a continuar con estrategias encaminadas a incrementar la producción para lograr impactar en la reducción de los costos de producción.



### 2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥70%	30%	0	0	0%

#### Compromisos de gestión:

Promover la transparencia y economía en la compra de medicamentos y dispositivos médicos en la entidad.

#### Actividades desarrolladas:

- ✓ Se elaboró Plan de Adquisiciones y se llevó control del mismo.
- ✓ En el periodo 2018 por decisión Gerencial no se realizó compras a la Administración Cooperativa de Empresas Sociales del Estado COODESCA, aunque ofrecía precios competitivos en medicamentos y material médico quirúrgico, esta no cumplió con criterios de oportunidad en la entrega, aspecto que se constituye en factor de evaluación junto con el económico para la selección del proveedor.

#### Análisis comparativo



El resultado del indicador durante la vigencia 2017 fue del 30% y en el 2018 es 0%, motivada por la decisión Gerencial de no continuar con la realización de las compras a la Administración Cooperativa de Empresas Sociales del Estado de Caldas y Quindío CODESCA, aunque ofrecía precios competitivos en medicamentos y material médico quirúrgico, no cumplió con criterios de oportunidad en la entrega, aspecto que se constituye en factor de evaluación junto con el económico para la selección del proveedor.

### Causas de incumplimiento del estándar

- ✓ Decisión Gerencial de no continuidad con el proveedor Codesca por fallas de oportunidad en la entrega de medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ La estrategia de compras conjuntas no se logró cristalizar al interior de la Asociación Quindiana de Hospitales.
- ✓ No se realizó un análisis costo beneficio de las compras de medicamentos y dispositivos médicos a través de mecanismos electrónicos.

### 2.2.4 Deudas de personal superiores a 30 días

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero o variación negativa	0	0		0

### Compromisos de gestión:

Dar prioridad a los pagos de los colaboradores de la entidad como parte de la estrategia de humanización del servicio.





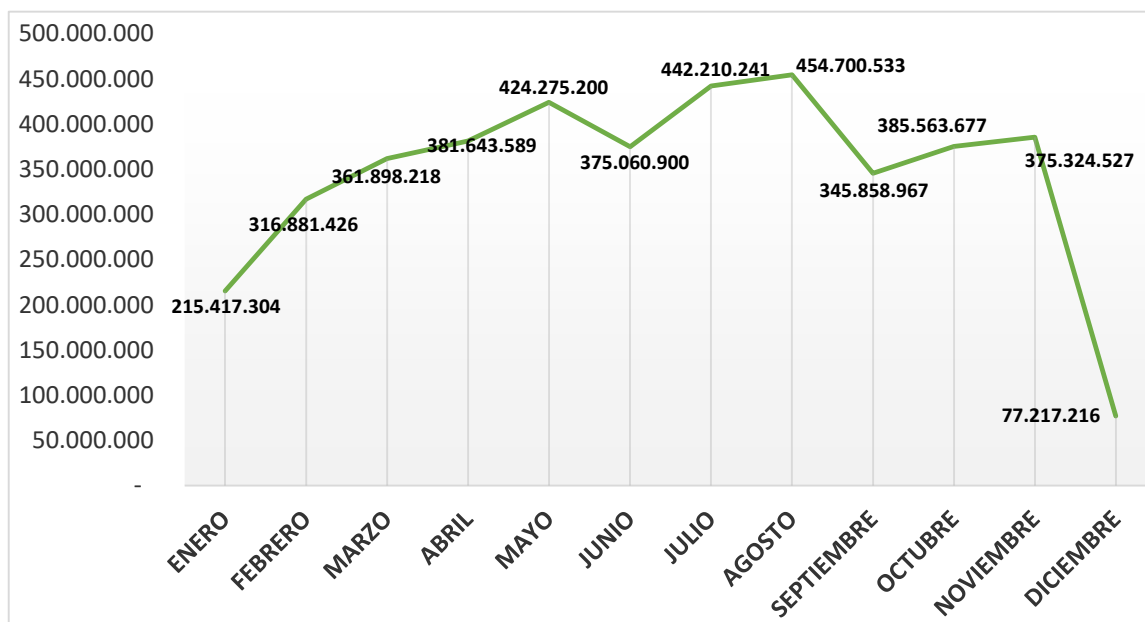
### Actividades desarrolladas:

- ✓ Elaboración mensual de la programación de pagos teniendo como prioridad el personal directo e indirecto.
- ✓ Realización de pagos con base en la programación establecida.

### Logros obtenidos

Gracias a la gestión administrativa adelantada frente al recaudo y la mayor identificación de dinero, la ESE logró girar el 97,5% del total del monto recaudado durante la vigencia 2018, cubriendo en un 98,7% las obligaciones contraídas.

### CUENTAS POR PAGAR 2018



El comportamiento de las cuentas por pagar tuvo un incremento gradual hasta el mes de agosto, debido al comportamiento del recaudo, a partir del mes de agosto se realizó un mayor esfuerzo administrativo para la identificación de pagos y

gestión del recaudo, permitiendo terminar la vigencia con unas cuentas por pagar de \$ 77.217.216; es de aclarar que la entidad cerró la vigencia sin cuentas por pagar mayor a 30 días.

### 2.2.5 Utilización de RIPS

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones (RIPS)	4,00	4	4		4

#### Compromisos de gestión:

Retroalimentar a la Junta Directiva de la ESE respecto a la información obtenida de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

#### Actividades desarrolladas:

- ✓ Verificación de la calidad del diligenciamiento de los RIPS.
- ✓ Generación de informes de RIPS sobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo
- ✓ Análisis de la información generada por los RIPS en forma oportuna.
- ✓ Adopción de la información generada por los RIPS como herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales

#### Logros obtenidos

- ✓ Presentación trimestral de los informes de RIPS ante la Junta Directiva, para que sirvan de insumo para la toma de decisiones Institucionales
- ✓ Construcción del Perfil Epidemiológico de la entidad.
- ✓ Reporte oportuno a las EPS



**Relación de Informes de RIPS  
presentados a Junta Directiva de la ESE en la vigencia 2018**

FECHA DE PRESENTACION	PERIODO PRESENTADO	No. ACTA DE JUNTA DIRECTIVA
Mayo 25 de 2018	I Trimestre de 2018	241
Julio 31 de 2018	II Trimestre de 2018	242
Noviembre 08 de 2018	III Trimestre de 2018	243
Enero 31 de 2019	IV Trimestre de 2018	246

**2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo**

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (20171)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	>1,00	1,00	\$6.136.711.101	\$6.066.085.728	1,00

**Compromisos de gestión:**

Promover la sostenibilidad de la ESE que permita el cumplimiento de su misión y la satisfacción de sus grupos de valor y partes interesadas.

**Actividades desarrolladas:**

- ✓ Participación en mesas de conciliación con ERP
- ✓ Conciliación de cartera con gran parte de las ERP
- ✓ Gestión permanente de cobro de cartera, con el fin de aumentar el recaudo.
- ✓ Gestión en la identificación de dinero recaudado con las ERP.
- ✓ Priorización y análisis de gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales recaudados.



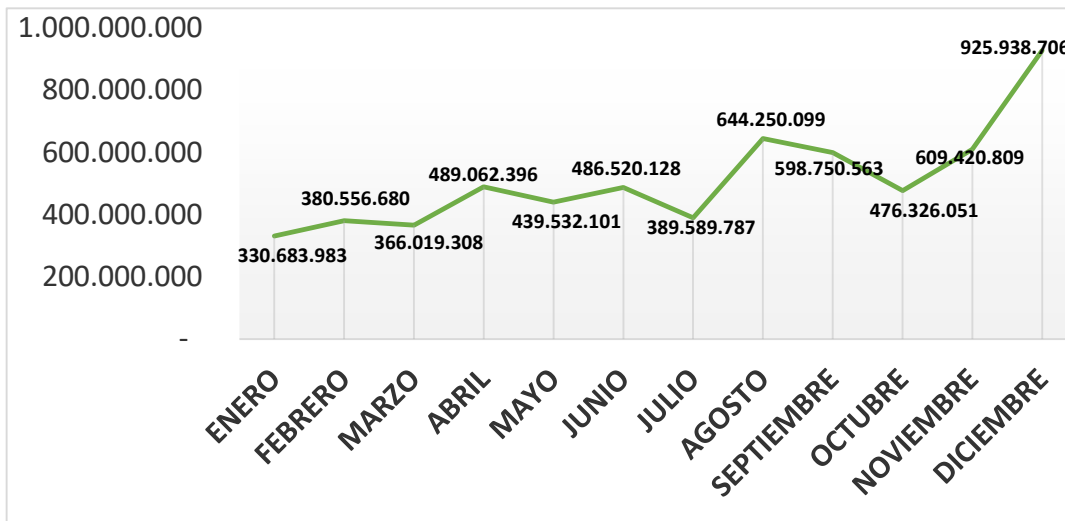
- ✓ NIT 890.010.419-2 Análisis del comportamiento de los gastos, realizando seguimiento, evaluación y control mensual de los mismos.

### Logros obtenidos

A 31 de diciembre de 2018 los gastos de la institución fueron el 92.3% del presupuesto definitivo y los ingresos fueron por el 93.4% del mismo generando un superávit presupuestal, la diferencia entre estos dos valores fue de \$ 71.165.483 y corresponde a un esfuerzo administrativo en la gestión de recaudo e identificación de dinero.

Por cada peso comprometido en la vigencia 2018, incluyendo las cuentas por pagar de vigencias anteriores, la entidad recaudó un peso en el cual se incluyen los ingresos por venta de servicios y el recaudo de vigencias anteriores.

### COMPORTAMIENTO INGRESOS MENSUALES VIGENCIA 2018

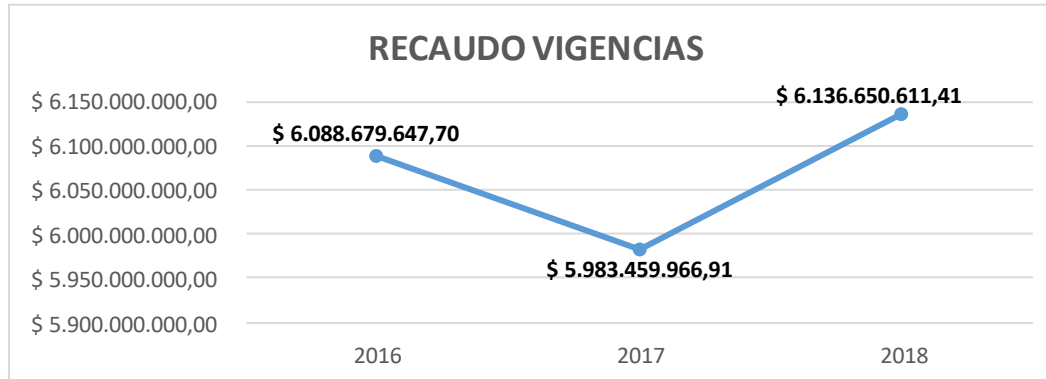


En la gráfica anterior se puede observar el comportamiento del recaudo mensual, el cual al inicio del año es bajo dado que solo se obtienen ingresos por cápita, con un incremento gradual, evidenciándose picos en el mes de agosto y diciembre debido a la gestión de cartera y la identificación de pagos realizados por las ERP, situación que permitió la cancelación de las obligaciones contraídas por la ESE, finalizando la vigencia con unas cuentas por pagar a 31 de diciembre por un valor de **SETENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS CON ONCE CENTAVOS (\$ 77,217,216.11)**.

En general el valor recaudado durante la vigencia 2018 fue de **\$ 6.136.650.611**, el cual supera en un 1.16% las obligaciones adquiridas, lo cual permitió a la entidad destinar recursos a inversión, ya que no había sido posible en años anteriores, permitiendo con ello realizar mejoras en infraestructura y tecnología.

A continuación se puede observar la variación del recaudo en las últimas vigencias, en donde se evidencia el aumento de los ingresos de la entidad durante

la vigencia 2018 con respecto a las vigencias 2016 y 2017, resultado de la gestión de recaudo e identificación de pagos realizados por las ERP.



**COMPARATIVO DE RECAUDO VIGENCIAS 2016-2018**

**2.2.7 Oportunidad reporte información Superintendencia Nacional de Salud**

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple		Cumple

**Compromisos de gestión:**

Dar cumplimiento a la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud con eficiencia y oportunidad.

**Actividades desarrolladas:**

- ✓ Actualización del cronograma anual de envío de informes a entes de control con fechas y responsables.
- ✓ Inclusión de actividades de reporte de información a entes de control en los Planes de Acción por procesos.

**2.2.8 Oportunidad reporte información en cumplimiento del Decreto 2193 del 2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 del 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo sustituya**

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2016)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
11	Oportunidad del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 o norma que lo sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos		Cumplimiento dentro de los términos previstos

## Compromisos de gestión

Enviar el reporte de información relacionado con el Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 o norma que lo sustituya, con eficiencia y oportunidad

## Actividades desarrolladas:

- Elaborar y actualizar el cronograma anual de reportes en el proceso de Gestión de Recursos Financieros
- Socializar los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria.
- Retroalimentar constantemente a la Gerencia, en lo relacionado con la información reportada a los entes de control
- Consolidar la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004 de acuerdo a los requerimientos legales.
- Realizar análisis de la información y definir lineamientos de mejora en la Gestión, al interior del Comité de validación del respectivo Decreto.
- Desplegar la información reportada, como herramienta Institucional para la toma de decisiones.

## Logros obtenidos

Envío oportuno de la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004.





## 2.3 AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL (Valor porcentual 40%)

Los indicadores asistenciales de la Resolución 408 de 2018 aplicables a la baja complejidad van del 21 al 26, ya que del 12 al 20 corresponden a las ESE de mediana y alta complejidad.

### 2.3.1 Captación de gestantes

Programa encaminado a prestar servicios de salud a las gestantes, con estrategias de seguimiento y control, así como el abordaje de factores protectores y preventivos del binomio madre hijo.

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 85%	74%	230	356	64%

### **Compromisos de gestión:**

Lograr la captación temprana (> 85%) de las gestantes al primer control prenatal en la ESE minimizando las barreras de acceso al control (demográficas, socioculturales, económicas, afiliación a los servicios de salud, disponibilidad del servicio y cobertura), que permitan la detección temprana e intervención oportuna de las alteraciones durante el embarazo.

### **Actividades desarrolladas:**

- Seguimiento diario a los resultados positivos de pruebas de embarazo reportados por el Laboratorio Clínico y canalización al control prenatal.
- Monitoreo y seguimiento mensual del indicador.
- Asignación de una funcionaria vinculada a la planta de personal de la entidad para manejar la agenda y realizar seguimiento al Programa Creciendo Juntos, con el objetivo de dar continuidad al proceso.

## Causas de incumplimiento

Las gestantes refieren diferentes motivos frente al ingreso tardío al control prenatal, a continuación se relacionan los principales:

- Causas asociadas a la gestante:
  - Desconocimiento del estado de embarazo
  - Situación laboral y dificultades para acceder a permisos para recibir atención en salud.
  - Uso de métodos de planificación familiar y ausencia de amenorrea
  - Intención de ocultar estado de gravidez
  - Población flotante
  - Embarazo no deseado, que genera desinterés en la búsqueda del control prenatal.
  - Dificultades de desplazamiento de la usuaria para acceder al control prenatal
- Causas institucionales:
  - Barreras administrativas relacionadas con la movilidad y portabilidad del régimen de seguridad social en salud.
  - Debilidades en el manejo de las agendas del laboratorio clínico durante el primer trimestre del año, periodo en el que no se brindó prioridad a las usuarias que requerían paraclínicos para ingreso a control prenatal.
  - Errores en la asignación de la cita de ingreso a control prenatal, que no identifica controles previos en otras IPS, otros municipios u otro régimen de afiliación.

## Análisis comparativo

La disminución de la proporción de la captación de la gestante durante la vigencia 2018 con respecto al 2017, obedece a los factores antes mencionados.

### 2.3.2 Casos sífilis congénita



No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	0	1	1	1	

### Compromisos de gestión

Fortalecer el programa de atención prenatal “Creciendo Juntos”, para evitar la incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.

### Actividades desarrolladas:

- ✓ Capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional y Congénita.
- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de reportes de exámenes de laboratorio de gestantes (Serología y FTA-ABS).
- ✓ Fortalecimiento del programa de atención prenatal “Creciendo Juntos”
- ✓ Definición de estrategias de Demanda Inducida.
- ✓ Monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

### Causas de incumplimiento

- Debilidades en la educación a la gestante por parte del equipo de salud frente a pautas de autocuidado y autoprotección.
- Debilidades en la adherencia a la Guía de Control Prenatal y Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional.
- Prácticas sexuales de riesgo de la usuaria gestante y deficiente adherencia al curso psicoprofiláctico.

### Análisis comparativo

Durante la vigencia 2017 se presentó un caso de sífilis congénita, al igual que la vigencia 2018, por lo que se implementarán las siguientes acciones de mejora:



- Evaluación de adherencia a la Guía de Control Prenatal y Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional y retroalimentación al personal médico.
- Reporte a la EPS de inasistencias a Control Prenatal, Curso Psicoprofiláctico y renuencia a las indicaciones del personal de salud.

### **2.3.3 Adherencia a la guía de Hipertensión Arterial**

La ESE cuenta con el Programa Ritmo Positivo el cual está encaminado a prestar servicios de salud a la población de riesgo cardiovascular, respiratorio y metabólico, con estrategias de seguimiento y control de sus patologías, así como el abordaje de factores protectores y preventivos, dentro de los que se incluyen los pacientes con Hipertensión Arterial.

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 90%	91%	278	296	94%

#### **Compromisos de gestión:**

Realizar de manera sistemática la medición de adherencia a Guías para los procesos de adopción e implementación acordes a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social

#### **Actividades desarrolladas:**

- ✓ Realizar seguimiento a la adherencia a guía de atención de Enfermedad Hipertensiva
- ✓ Fortalecer la auditoría integral y concurrente.



NIT. 890.000.400-2

- ✓ Retroalimentar hallazgos de auditoría al equipo responsable de atención de gestantes.
- ✓ Capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE.
- ✓ Fortalecimiento del programa “Ritmo Positivo” y asignación de recurso humano médico exclusivo
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

### Logros obtenidos

Cumplimiento del estándar establecido para el indicador de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva

### 2.3.4 Adherencia a la guía de Crecimiento y Desarrollo

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
24	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 80%	87%	184	220	84%

### Compromisos de gestión

Realizar de manera sistemática la evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

### Actividades desarrolladas:

Capacitación al personal médico y de enfermería sobre la Guía Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años.

- ✓ Mantener y fortalecer el Proceso de Gestión Clínica, con el fin de identificar, analizar y evaluar la aplicación de la Guía de manejo para la detección temprana de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo



✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador.

### Logros obtenidos

Cumplimiento del estándar establecido para el indicador de adherencia a la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.

### 2.3.5 Reingreso de pacientes a Urgencias

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	≤0.03	0,02	426	25.045	0,017

### Compromisos de gestión:

Minimizar la Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas, derivado con errores en el diagnóstico o tratamiento de la urgencia previa

### Actividades desarrolladas:

- ✓ Capacitación al personal médico sobre las Guías de Manejo de las 10 primeras causas de morbilidad atendidas por el servicio de Urgencias.
- ✓ Fortalecimiento de las acciones de Auditoria Medica referente a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica
- ✓ Realizar monitoreo y seguimiento mensual del indicador y gestión del mismo a través del programa de seguridad del paciente.

### Logros obtenidos



Cumplimiento del estándar establecido para el indicador de proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

### 2.3.6 Oportunidad en consulta de medicina general

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2017)	Resultado periodo evaluado		
				Numerador	Denominador	Resultado
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3 días	1,61	39409	20633	1.91

#### Compromisos de gestión

Mantener el indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general, en un tiempo < 3 días

#### Actividades desarrolladas

- ✓ Seguimiento semanal al comportamiento de la oportunidad en la asignación de las citas, generando oportunidades de mejora para las posibles desviaciones frente a la meta.
- ✓ Articulación de la Contratación Institucional con los análisis de capacidad instalada y la demanda insatisfecha

#### Logros obtenidos

Cumplimiento del Indicador de oportunidad en la Consulta médica general durante la vigencia 2018.

ORIGINAL FIRMADO  
**MYRIAM BEJARANO PULIDO**  
 Gerente

#### ANEXOS:

1. Relación de resultados de indicadores del Plan de Gestión Gerencial.
2. Fuentes de información de cada uno de los indicadores