



INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

VIGENCIA 2019

MYRIAM BEJARANO PULIDO

Gerente

MARZO 31 DE 2020



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. PERFIL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E)	5
1.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	5
1. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTIÓN	6
2.1 AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA (Valor porcentual 20%).....	7
2.1.1 Autoevaluación Acreditación en salud	7
2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	9
2.1.3 Plan de Desarrollo Institucional	10
2.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (Valor porcentual 40%)	12
2.2.1 Riesgo fiscal y financiero	12
2.2.2 Evolución del gasto por UVR	13
2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos.....	14
2.2.4 Deudas de personal superiores a 30 días	16
2.2.5 Utilización de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).....	16
2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo	18
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	22



2.3 AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL (Valor porcentual 40%)	23
2.3.1 Captación de gestantes	24
2.3.2 Casos sífilis congénita	25
2.3.3 Adherencia a la guía de Hipertensión Arterial.....	26
2.3.4 Adherencia a la guía de crecimiento y Desarrollo.....	27
2.3.5 Reingreso de pacientes a Urgencias	28
2.3.6 Oportunidad en consulta de medicina general.....	29



Certificado No. SC-5858-1



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.

De conformidad con los términos establecidos en el artículo 3° de la Resolución 743 de 2013, se presenta el informe del Plan de Gestión Gerencial correspondiente a la vigencia 2019, 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 en transición la Resolución 3100 de 2019 y el Sistema de Gestión de calidad, bajo la norma 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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥ 1,2	1,23	2.12	1,90	1,12

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

Teniendo en cuenta las etapas de implementación y ejecución de las actividades de mejora que se desarrollaron en la vigencia 2019, 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 2019 que a continuación se describe, así:

**PROMEDIO DE CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN
 VIGENCIA 2019 VS 2018**

GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN POR VIGENCIA	
	2018	2019
Atención Al Cliente Asistencial	1,64	1,44
Direccionamiento	2,2	2,77
Gerencia	2,3	2,85
Gerencia del Talento Humano	1,65	1,97
Gerencia del Ambiente Físico	1,83	2,04
Gerencia de Tecnología	1,53	1,68
Gerencia de La Información	1,96	2,06
Mejoramiento de La Calidad	2,06	2,12
TOTAL	1,90	2,12

Por tanto, se tiene que la calificación de autoevaluación cuantitativa de estándares del ciclo de preparación para la Acreditación para el año 2019 fue de 2.12.

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: $2.12 / 1.90 = 1.12$

El resultado de la aplicación de la fórmula es **1.12**, según lo establecido en la aplicación de la escala de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social

La calificación anterior da una calificación de uno (3), no lográndose superar el estándar, de acuerdo a la relación establecida entre el promedio de la vigencia 2018 y 2019.

Causas de no cumplimiento del estándar:

Dificultades para avanzar en la continuidad de los procesos relacionados con la atención al cliente asistencial, estándares de talento humano y gestión de la tecnología, dada las limitaciones presupuestales de la entidad.

Logros frente a estándares del Sistema de Gestión de calidad

- Renovación del Certificado de cumplimiento de requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, por parte de ICONTEC.

2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,9	1,00	47	52	0.90

Compromisos de gestión

Formular, ejecutar y evaluar el PAMEC de la vigencia 2019 con base en la autoevaluación realizada de la vigencia 2018, 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 Auditoria 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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥0,9	0,90	40	48	0,83

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 40 de las 48 metas formuladas en el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2018, para un cumplimiento del 83%.

Metas no cumplidas:

- 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.
- No. de acciones de mejora realizadas frente a las desviaciones de los indicadores. / No de acciones de mejora programadas.
- No de actividades realizadas del plan de sostenimiento de habilitación/No de actividades programadas*100
- No de actividades realizadas de implementación del MECI/No de actividades programadas*100
- Medición anual de la satisfacción del cliente interno
- No de acciones ejecutadas del plan de mejoramiento derivado de la medición de satisfacción cliente interno/total de acciones programadas*100.
- No. actividades realizadas de parametrización del software CNT y actualización de las versiones/No. actividades programadas.
- Equilibrio presupuestal conforme a recaudo.

Causas de no cumplimiento del estándar:



- Existen aspectos conductuales y socioeconómicos de las gestantes del municipio y el fenómeno migratorio de la población, que afectan el ingreso temprano al control prenatal.
- Limitaciones presupuestales y de flujo de recursos para dar cumplimiento a los requerimientos de Habilitación y adopción de planes de mejora.
- Limitaciones de tiempo del recurso humano para apoyar las acciones de parametrización de cada uno de los módulos de CNT.
- La entidad no cuenta con la capacidad operativa ni el acompañamiento técnico para la implementación de la política de seguridad digital y gobierno digital.
- El presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2019 se formuló con base en los dineros reconocidos por las Entidades Responsables de Pago en la vigencia anterior (2018) y no sobre los dineros recaudados, atendiendo lo dispuesto en el artículo 131 de la ley 1873 de 2017.

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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO		SIN RIESGO

Compromisos de gestión:

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 1342 del 29 de mayo de 2019 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 las vigencias 2017 y 2018; 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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	0,96	15.142,74	13.355,57	1.13

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.

Análisis comparativo

Producir una UVR en la vigencia 2018 a valores constantes le costó a la entidad un total de \$13.355,57, mientras que en el año 2019 es de \$15.142,74, lo cual refleja que el costo de producción aumentó en un 13.38%, así mismo la producción equivalente en UVR en el año 2019 aumentó en un 6.49% con relación a la vigencia 2018.

Causas de no cumplimiento del estándar

De acuerdo con la revisión realizada, se puede concluir que el incremento generalizado en los gastos del Hospital Roberto Quintero Villa, obedece a que el presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2019 se formuló con base en los dineros reconocidos por las Entidades Responsables de Pago en la vigencia anterior (2018) y no sobre los dineros recaudados, atendiendo lo dispuesto en el artículo 131 de la ley 1873 de 2017, motivo por el cual se pasó de un presupuesto definitivo de \$6.570.118.795 en 2018 a \$7.092.042.436 en 2019, con lo cual la entidad pudo satisfacer las necesidades de personal asistencial y de insumos y suministros para la atención de la demanda, así como de personal administrativo para dar cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo 2016-2020, realizar mantenimiento de la infraestructura y adquirir de elementos requeridos para mejorar la prestación de los servicios de salud.

2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				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	≥70%	0%	0	0	0%



No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
	Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.					

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.
- ✓ Se realizó estudio de precios de mercado dentro de la etapa de planeación contractual (formulación de estudios previos) para la adquisición de medicamentos y dispositivos, con el fin de asegurar la calidad y economía de los bienes a adquirir.

Análisis comparativo

El resultado del indicador durante la vigencia 2018 y 2019 fue de 0%, motivado por las siguientes causas que se exponen a continuación.

Causas de incumplimiento del estándar

- ✓ La Cooperativa de Empresas Sociales del Estado de Caldas y Quindío COODESCA, obtuvo una inadecuada calificación en la evaluación de proveedores realizada en la vigencia 2017, debido al incumplimiento en la oportunidad en la entrega de medicamentos y dispositivos médicos razón por la cual se retiró como proveedor de la entidad.
- ✓ La estrategia de compras conjuntas no se logró cristalizar al interior de la Asociación Quindiana de Hospitales.



MIT. 800.000.400-2

- ✓ No se fue posible realizar compras de medicamentos y dispositivos médicos a través de la Agencia de Contratación del Estado Colombia Compra Eficiente toda vez que los acuerdos marco no contemplaban medicamentos y dispositivos médicos diferentes a los de control especial.

2.2.4 Deudas de personal superiores a 30 días

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				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 99.3% del total del monto recaudado durante la vigencia 2019, cubriendo en un 93% las obligaciones contraídas.

2.2.5 Utilización de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)



No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
8	Utilización de información de (RIPS)	4,00	4	4		100%

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 2019**

FECHA DE PRESENTACION	PERIODO PRESENTADO	No. ACTA DE JUNTA DIRECTIVA
14 de junio de 2019	I Trimestre de 2019	248
05 de agosto de 2019	II Trimestre de 2019	249
08 de noviembre de 2019	III Trimestre de 2019	251
11 de febrero de 2020	IV Trimestre de 2019	254

2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	>1,00	1,00	\$6.464.910.550,35	\$6.893.838.129,46	0.94

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.

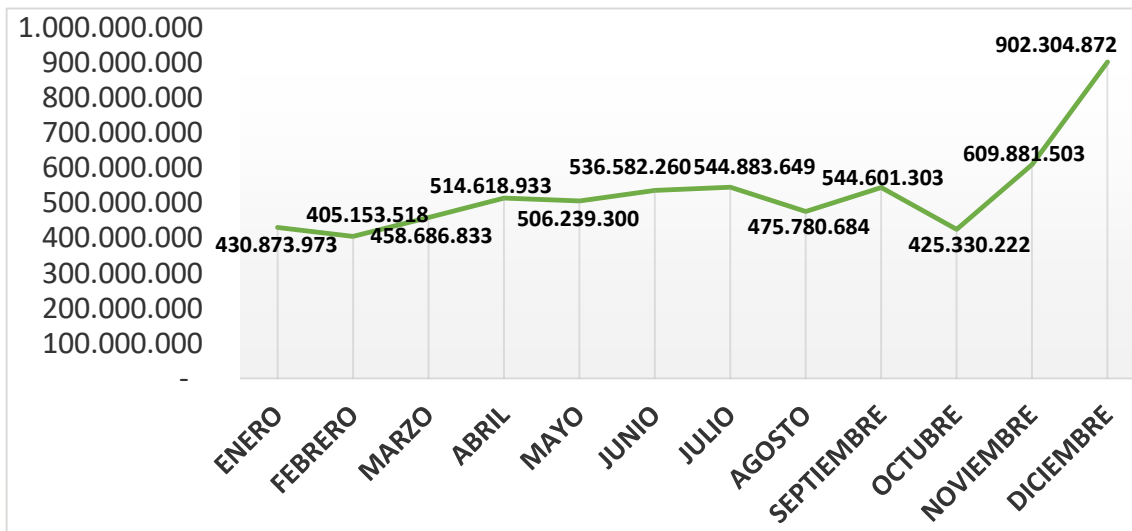
- ✓ Priorización y análisis de gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales recaudados.

Logros obtenidos

- ✓ A 31 de diciembre de 2019 los gastos de la institución fueron el 97% del presupuesto definitivo la entidad.

Los ingresos fueron por el 91% del presupuesto definitivo generando un déficit presupuestal por \$428.927.579

COMPORTAMIENTO INGRESOS MENSUALES VIGENCIA 2019

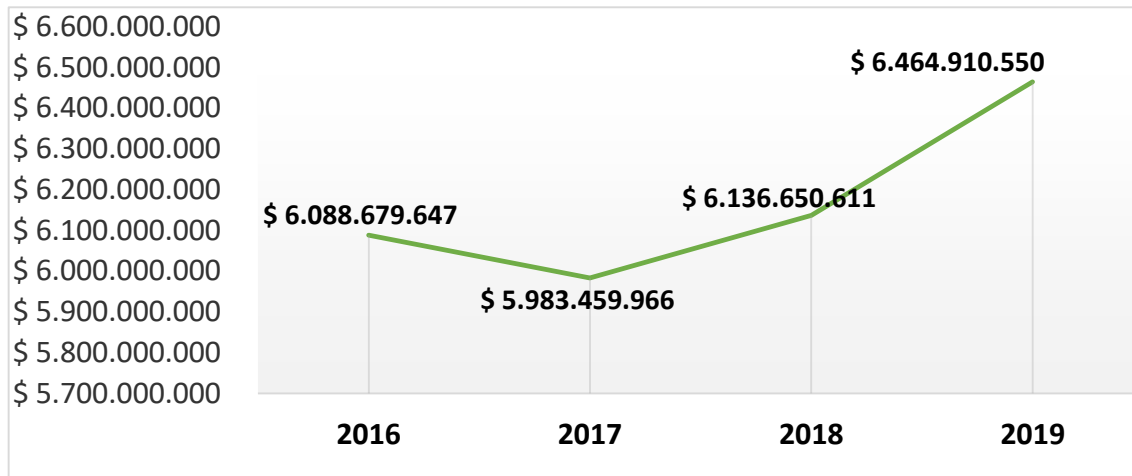


En la gráfica anterior se puede observar el comportamiento del recaudo mensual, el cual al inicio del año es bajo dado que solo se obtienen ingresos por cápita, con un incremento gradual, evidenciándose picos en el mes de noviembre y diciembre debido a la gestión de cartera y la identificación de pagos realizados por las ERP.

En general el valor recaudado durante la vigencia 2019 fue de **\$ 6.464.910.550**, el cual es inferior en un 6% las obligaciones adquiridas, por lo tanto, el monto de las cuentas por pagar fue superior al año 2018.

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 2019 con respecto a las vigencias 2016, 2017 y 2018, resultado de la gestión de recaudo e identificación de pagos realizados por las ERP.

COMPARATIVO DE RECAUDO VIGENCIAS 2016-2019



Fuente: recaudo vigencias 2016-2019

Causas de no cumplimiento del estándar

La vigencia 2019 finalizó con un equilibrio presupuestal de 0.94, esto quiere decir que los ingresos recaudados identificados solo cubrieron el 94% de los gastos totales de la ESE durante todo el año, por tal motivo se terminó con unas cuentas por pagar de \$479.107.808.

A partir del año 2018 y según la Ley 1873 del 2017 en el Art 131, el presupuesto debe proyectarse según los reconocimientos (facturación) generada en el año anterior al que se elabora el presupuesto, por este motivo el presupuesto inicial y por lo tanto el definitivo es mayor, al compararlo con los de años anteriores porque anterior al año 2018, este se elaboraba con base a la Ley 1797 de 2016 Art 17 el cual indicaba que se realizaba con los ingresos recaudados que son considerablemente menores a los reconocimientos.

Los gastos para el 2019 aumentaron considerablemente respecto al año 2018 debido a mantenimiento de cubiertas, muros y cielo rasos que ascendió a la suma de \$254.742.868, pago de sentencias por valor de \$181.551.798, compra de servidor de datos por \$42.899.500, el aumento anual fijado por el gobierno nacional para el personal de planta que fue de 4.5%, aumento salario mínimo para el personal temporal por el 6%, insumos y suministros mayormente en material médico quirúrgico y laboratorio que aumentaron en \$116.912.757, aumento de la póliza de seguros, algunos gastos generales además de servicios personales indirectos que son respaldados en las necesidades del servicio para soportar la gestión de los procesos estratégicos, administrativos de apoyo y asistenciales de la ESE.

Durante el 2019 se realizaron varias mesas de conciliación programadas por el Departamento del Quindío, Superintendencia Nacional de Salud y las internas, en donde se llegaron a acuerdos de pago por \$817.791.241, de los cuales hasta el 31 de diciembre de 2019 cumplieron parcialmente \$ 252.998.901 pero incumplieron con \$564.792.340, asimismo en estas mesas, Nueva EPS no efectuó el pago de retroactivo de Cápita Subsidiada de los años 2017, 2018 y 2019 por valor de \$258.523.525 que se comprometió a cancelar en el mes de diciembre del 2019.

Lo anteriormente mencionado provocó que la entidad no pudiera cubrir totalmente sus gastos ya que varios de ellos estuvieron soportados en los pagos que realizarían las EPS con los acuerdos firmados que fueron incumplidos.

2.2.7 Oportunidad reporte información Superintendencia Nacional de Salud

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018))	Resultado periodo evaluado 2019		
				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 los 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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 85%	63%	212	309	69%

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 por parte de la usuaria.
- ❖ Situación laboral y dificultades para acceder a permisos para recibir atención en salud, esto en empleos informales.
- ❖ 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
- ❖ Población migratoria. (Venezuela y Ecuador)

Análisis comparativo

Se evidencia un leve aumento en la proporción de la captación de la gestante durante la vigencia 2019 con respecto al 2018, obedeciendo acciones de mejora implementadas.

2.3.2 Casos sífilis congénita

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	0	1	0		0

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.

Análisis comparativo

Durante la vigencia 2018 se presentó un caso de sífilis congénita, sin embargo, en el año 2019, no hubo casos, tal como lo certifica el municipio de Montenegro (Q)

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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 90%	94%	813	900	90.33%

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:

- ✓ Seguimiento a la adherencia a guía de atención de Enfermedad Hipertensiva
- ✓ Fortalecimiento de la auditoría integral y concurrente.
- ✓ Retroalimentación de los 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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
24	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 80%	84%	198	232	85%

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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	≤0.03	0,017	307	23785	0,012

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 (2018)	Resultado periodo evaluado 2019		
				Numerador	Denominador	Resultado
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3 días	2.12	70.216	31.840	2.20

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 2019.



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