



HOSPITAL
ROBERTO QUINTERO VILLA
E.S.E. MONTENEGRO
La Salud... Nuestro compromiso
NIT. 890.000.400-2

Código: 43-001

Versión: 003

Fecha: 08-05-2018

Página 1 de 39

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

INFORME DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2020

MYRIAM BEJARANO PULIDO

Gerente

MARZO 26 DE 2021


VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 65 00 870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 01 800 09 10388



Certificado No. SC-5858-1





MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE. MONTENEGRO (Q)

DANIEL MAURICIO RESTREPO IZQUIERDO

Alcalde y presidente

HUGO FERNEY TORO MUÑOZ

Subsecretario de Salud Pública

GLORIA DEL SOCORRO BERMUDEZ Q.

Representante de los Usuarios en Salud

ALDEMAR CIFUENTES SILVA

Representante de los Empleados del Área
Administrativa de la E.S.E

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1. RESEÑA HISTÓRICA	7
2. PERFIL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E)	10
2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	10
2.2 VALORES	11
2.3 PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES.....	12
3. DIRECTRICES DEL PLAN DE GESTIÓN	12
2.1 AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA (Valor porcentual 20%)...	12
2.1.1 Autoevaluación Acreditación en salud	12
2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	15
2.1.3 Plan de Desarrollo Institucional	16
2.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (Valor porcentual 40%)	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 Riesgo fiscal y financiero	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Evolución del gasto por UVR.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos	21
2.2.4 Deudas de personal superiores a 30 días	23
2.2.5 Utilización de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)	24
2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo	25



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.....	29
2.3 AREA DE GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL (Valor porcentual 40%)	31
2.3.1 Captación de gestantes	31
2.3.2 Casos sífilis congénita	33
2.3.3 Adherencia a la guía de Hipertensión Arterial.....	35
2.3.4 Adherencia a la guía de crecimiento y Desarrollo.....	36
2.3.5 Reingreso de pacientes a Urgencias	38
2.3.6 Oportunidad en consulta de medicina general.....	39

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la E.S.E para el periodo 2020 - 2021. En él se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente.

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, Resolución 408 de 2018 y resolución 1097 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.

El Plan de Gestión Gerencial 2020 - 2024 aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 006 del 11 de junio de 2020 está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad.

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 2020, 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. RESEÑA HISTÓRICA

El Origen del nombre Montenegro proviene de la época de los primeros exploradores antioqueños quienes encontraron en esta zona un agresivo y espeso monte el cual contrastaba con una enmarañada selva que le daba al sitio un color oscuro, contraste al cual ellos denominaron Montenegro¹

De acuerdo a lo señalado por varios autores,² en 1920, ante el crecimiento de la población y la necesidad de atender las enfermedades de sus habitantes, un grupo de personalidades, tales como: Eusebio Londoño Marulanda, Roberto Quintero Arcila, Virgilio Arias Suarez, Eulogio Ángel M, Luis Ernesto Mendoza, Alfonso Londoño Ángel, Carlos Patiño F, Luis Carlos Cadena A, Rodolfo Cárdenas y Rafael Mejía V (Alcalde), después de tres décadas de haber sido fundado el caserío, emprenden la tarea de conformar el primer Hospital público en Montenegro, con el apoyo de la ciudadanía y las autoridades del municipio.

Seguidamente se reúnen y constituyen la primera Junta de Beneficencia en 1920, conformada por las siguientes personas:

- Roberto Quintero Arcila
- Virgilio Arias Suarez
- Eulogio Ángel M
- Luis Ernesto Mendoza
- Alfonso Londoño Ángel
- Carlos Patiño F
- Luis Carlos Cadena A
- Rodolfo Cárdenas
- Rafael Mejía V (alcalde)

¹ Montenegro Gente Amable Hacia El Siglo XXI. Teodoro Bustos C. José Jahir Peña C. Gonzalo Ramírez R. Universidad del Quindío Licenciatura en Administración Educativa, Armenia 1998, pág. 14.

² Carlos Aurelio González, en el libro "Memorias de Montenegro" (1890 -2016) Roberto Restrepo Ramírez, en el libro "Los relatos del totumo" Gregoria Noemí Pinto Arias. "Montenegro cien años 1890 -1990. Su Historia, su Geografía, su civismo". Artes Gráficas Don Quijote.

El 20 de agosto de 1929 se creó el empleo de “síndico”, el cual fue desempeñado por el presidente de la Junta de Beneficencia

Con relación a la planta física, luego de seis (6) años (1926), la Junta de Beneficencia contrata al Señor Marco Aurelio Muñoz para la construcción de la fachada, por una suma de \$350 pesos. Posteriormente y de manera progresiva, logra terminarse el Hospital, el cual se encontraba ubicado en la calle 21, con la entrada principal, con doble portón y pasillos amplios. Allí residían las Hermanas Dominicolas Colombianas de Santa Catalina de Sena, quienes llegaron de Cali (5 en total), las cuales prestaron una importante labor religiosa y humanitaria. Se quedaron hasta el primer trimestre de 1989.

El 24 de octubre de 1938, la Institución obtiene su personería Jurídica número 215 como Hospital San Vicente de Paúl.

El sismo del 25 de enero de 1999, afectó en forma grave sus estructuras y fue por ello necesario su traslado a una nueva sede construida con un costo de \$3.125 millones de pesos donados por la BP Colombia, la Asociación Colombiana de Petróleo, el FOREC (Fondo para la reconstrucción del eje cafetero), la Gobernación de Cundinamarca, la Fundación Compartir y la campaña Juntos por la Vida. El gobierno japonés donó gran parte de la dotación. Inicia su nueva vida en la sede ubicada en la salida hacia la ciudad de Armenia, en un predio denominado “Pequeña Soledad”

Desde el jueves 16 de febrero de 2017, el Hospital de Montenegro San Vicente ESE, cambia de razón social por el de Hospital Roberto Quintero Villa ESE.

El cambio de nombre, fue aprobado por el Concejo Municipal de Montenegro, Acuerdo 10 de 2016, tras la propuesta ciudadana liderada por el alcalde Álvaro Hernández Gutiérrez, y que había sido acogida por la Junta Directiva de la entidad (Acuerdo 03 de 2017) y el Concejo Municipal, el 22 de agosto de 2016. Se hizo efectivo el 16 de febrero de 2017, tras la firma del acto administrativo mediante el cual se adoptó la nueva razón social.

Actualmente la ESE continúa su labor de prestadora de servicios de salud, bajo una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por ley, la Junta Directiva y el Concejo Municipal.

2. 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 3100 de 2019 y el Sistema de Gestión de calidad, bajo la norma ISO 9001:2015.

2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Misión

Somos una entidad pública que presta servicios de salud de baja complejidad, comprometida con la promoción y mantenimiento de la salud de sus usuarios y colaboradores.

Visión

Ser en el año 2024, una institución prestadora de servicios de salud primarios, que brinde un modelo de atención integral, segura y humanizada, con responsabilidad social, eficiencia administrativa y manejo transparente de los recursos.

2.2 VALORES

CÓDIGO DE INTEGRIDAD

- **HONESTIDAD**

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, favoreciendo el interés general.

- **RESPECTO**

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, sus títulos o cualquier otra condición.

- **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.

- **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.

- **JUSTICIA**

Actúo con imparcialidad, garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

2.3 PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES

- Mejoramiento continuo
- Competitividad y liderazgo
- Seguridad del paciente
- Equidad
- Sostenibilidad

3. 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥ 1,2	1,12	2.36	1,95	1,21

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 mediante Resolución No 965 (31 de diciembre de 2020) "Por medio de la cual se da continuidad al PAMEC y se modifican los grupos para la autoevaluación"
- Preparación y entrega de instrumentos de calificación.
- 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.

Durante el primer trimestre del presente año 2021 se realizó la autoevaluación de Estándares de Acreditación y se verificó el nivel de cumplimiento de la vigencia 2020, comparado con la vigencia 2019, así:

PROMEDIO DE CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN VIGENCIA 2020 VS 2019

GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN POR VIGENCIA	
	2019	2020
Atención Al Cliente Asistencial	1,44	2,35
Direccionamiento	2,25	2,38
Gerencia	2,35	2,45
Gerencia del Talento Humano	1,77	2,35

GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN POR VIGENCIA	
	2019	2020
Gerencia del Ambiente Físico	2,04	2,35
Gestión de la Tecnología	1,58	2,36
Gerencia de la Información	2,06	2,34
Mejoramiento de la Calidad	2,12	2,26
TOTAL	1,95	2,36

Formula: Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia
 Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior

Aplicación de la fórmula: $2.36 / 1.95 = 1.21$

El resultado de la aplicación de la fórmula es **1.21** 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 cinco (5).

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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,9	0,90	93	93	1.00

Compromisos

- ✓ Dar cumplimiento al Plan de mejoramiento diseñado para la vigencia 2020, con el fin de aportar a la implementación de la cultura organizacional de acreditación.
- ✓ Realizar el seguimiento a las acciones de mejora programadas dentro del plan de mejoramiento.
- ✓ Evaluar el resultado del cumplimiento de las acciones de mejora.
- ✓ Seguimiento y/o acompañamiento a los responsables de la ejecución de las actividades de forma periódica.
- ✓ Tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas

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 del 100% 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional (vigencia 2016-2020).	≥0,9	0,90	43	46	0,93
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional (vigencia 2020-2024).	≥0,9	0,90	27	33	0,82

Compromisos de gestión

Durante la vigencia 2020 debido a la culminación del periodo gerencial 2016-2020 el 31 de marzo, se realizó cierre del Plan de Desarrollo Institucional del mismo periodo, motivo por el cual la evaluación se realizó al primer trimestre de la vigencia, con un cumplimiento del 93% de las metas establecidas en el mismo, cumpliendo el estándar establecido.

Asimismo, con la reelección de la gerente, se dio inicio a un nuevo periodo gerencial a partir del 30 de abril de 2020, motivo por el cual se presentó a la Junta Directiva un nuevo Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2020-2024 el cual fue aprobado mediante Acuerdo 008 del 26 de agosto de 2020, por lo que se alinearon los planes de acción por procesos a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo, realizándose una evaluación en el último trimestre del año 2020, que dio como resultado el 82% de cumplimiento.

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

- Para la vigencia 2020 se alcanzaron 43 de 46 metas formuladas en el Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020, para un cumplimiento del 93%.
- Para la vigencia 2020 se alcanzaron 27 de las 33 metas formuladas en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024, para un cumplimiento del 82%.

Metas no cumplidas Plan de Desarrollo 2016-2020

- Proporción de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación
- Estudio de medición del clima laboral
- Plan de Mejoramiento derivado de la medición del clima laboral

Causas de no cumplimiento del estándar:

- La entidad dedicó gran parte de sus esfuerzos a atender la crisis generada por la pandemia, dando cumplimiento a los requerimientos de las diferentes entidades que la rigen, motivo por el cual no se dio cumplimiento a los estudios relacionados con la medición del clima laboral y su mejoramiento.
- 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)

Causas derivadas de la Pandemia por Covid-19:

La pandemia por Covid-19 generó restricciones en la prestación de los servicios de salud ambulatorios por directrices del gobierno nacional y temor en la población de exponerse al contagio al consultar al Hospital.

Metas no cumplidas Plan de Desarrollo 2020-2024

- Estudio de medición del clima laboral



- Implementación de acciones del plan de mejoramiento derivado de la medición del clima laboral.
- Estudio realizado de Carga Laboral
- Habilitación de la ESE como Prestador Primario
- Cumplimiento del Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud.
- Implementación del Módulo de Costos en CNT

Causas de no cumplimiento del estándar:

- La entidad dedicó gran parte de sus esfuerzos a atender la crisis generada por la pandemia, dando cumplimiento a los requerimientos de las diferentes entidades que la rigen, motivo por el cual no se dio cumplimiento a los estudios relacionados con el talento humano, iniciar el proceso de preparación para la habilitación como un prestador primario y dar cumplimiento a las acciones programadas en el Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud.
- La Gerencia de la ESE consciente de la necesidad de hacer uso austero de los recursos económicos de la entidad, se abstuvo de invertir en el módulo de costos de CNT, con el fin de dar prioridad a las necesidades relacionadas con la prestación de los servicios de salud.

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 (2019)	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. Para la evaluación de la vigencia 2020 fue suspendida la categorización del riesgo, de acuerdo a la resolución 856 artículo 6 hasta el término de la emergencia sanitaria.

2.2.2 Evolución del gasto por UVR

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	0,96	21.846,17	15.142,74	1.44

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 2019 a valores constantes le costó a la entidad \$15.142,74, en el 2020 se presenta un incremento del valor en \$21.846,17 lo cual refleja que el costo de producción aumento en 44.27% y que la producción equivalente en UVR disminuyó en un 32.95% producido por el impacto ocasionado por la emergencia sanitaria por el Covid-19.

Causas de no cumplimiento del estándar-

Debido al impacto ocasionado por la emergencia sanitaria por el Covid-19, en términos de restricciones en la prestación de los servicios de salud a los usuarios por directrices del Ministerio de Salud durante las etapas de contención y mitigación, se disminuyó de manera considerable la producción, razón por la cual se incrementó el costo por unidad producida.

2.2.3 Compras de medicamentos y dispositivos médicos

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				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 2020 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, adicionalmente se encuentra en proceso de liquidación.



- ✓ La estrategia de compras conjuntas no se logró cristalizar al interior de la Asociación Quindiana de Hospitales.
- ✓ 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				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 e identificación de dinero, la ESE no generó durante la vigencia 2020 deudas superiores a 30 días

por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.

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

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				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 2020**

FECHA DE PRESENTACION	PERIODO PRESENTADO	No. ACTA DE JUNTA DIRECTIVA
01 de abril de 2020	I Trimestre de 2020	255
31 de julio de 2020	II Trimestre de 2020	258
13 de noviembre de 2020	III Trimestre de 2020	260
12 de febrero de 2021	IV Trimestre de 2020	261

2.2.6 Equilibrio presupuestal con recaudo

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	>1,00	1,00	\$7,192,707,068.26	\$7,070,066,832.86	1,02

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.

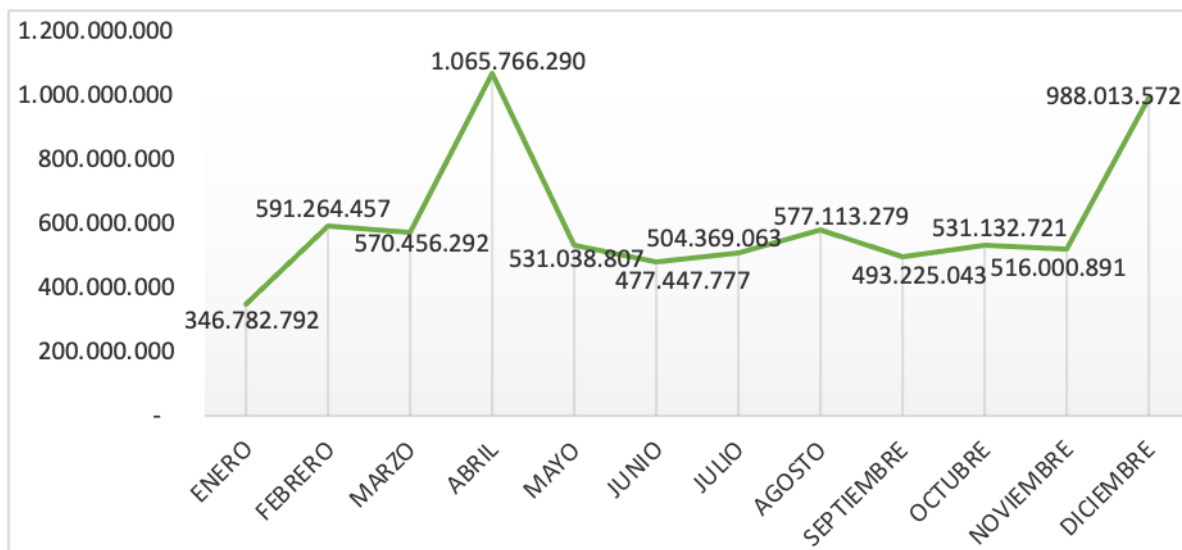
- ✓ Gestión en la identificación de dinero recaudado con las ERP.
- ✓ Priorización y análisis de gastos, manteniendo el equilibrio con los ingresos Institucionales recaudados.
- ✓ Pago de retroactivo por parte de ERP, relacionado con el aumento de la Cápita de vigencias anteriores.

Logros obtenidos

- ✓ A 31 de diciembre de 2020 los gastos de la institución fueron el 95.8% del presupuesto definitivo la entidad.

Los ingresos fueron por el 97.5% del presupuesto definitivo generando un superávit presupuestal por \$ 122, 567,946.40

COMPORTAMIENTO INGRESOS MENSUALES VIGENCIA 2020

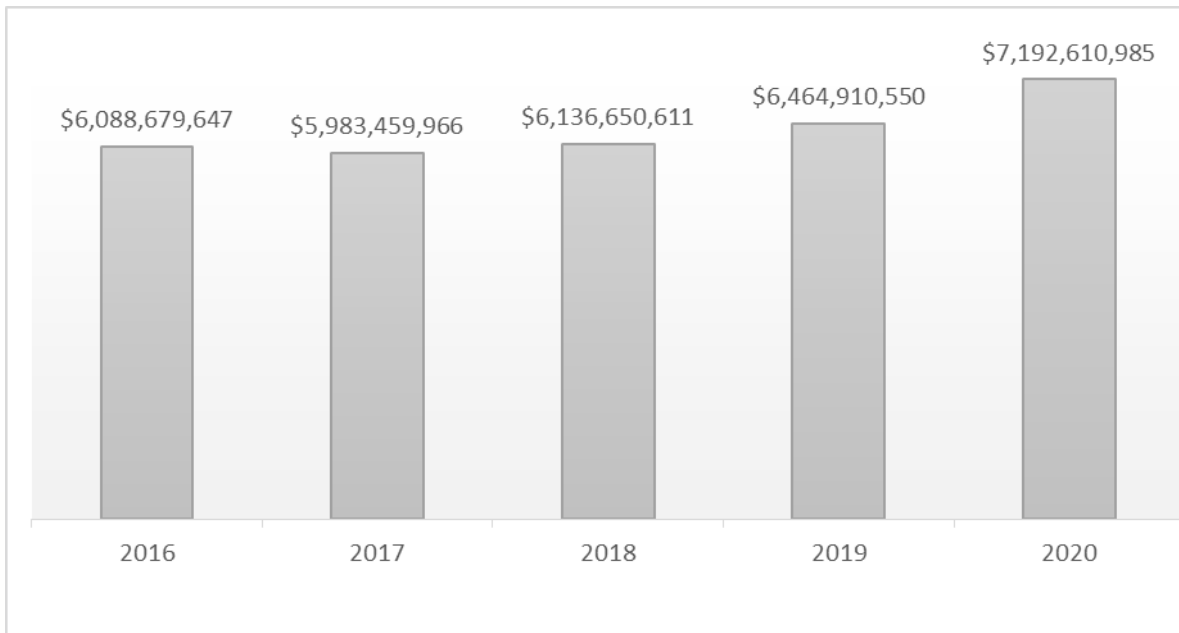


En la gráfica anterior se puede observar el comportamiento del recaudo mensual, el cual al inicio del año es bajo dado que solo se obtienen ingresos por cápita, con un incremento gradual, evidenciándose picos en el mes de abril por recaudo de retroactivo de Nueva EPS y en diciembre debido a la gestión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

En general el valor recaudado durante la vigencia 2020 fue de **\$7,192, 610,985.39**, el cual es superior en un 2% las obligaciones adquiridas, por lo tanto, el monto de las cuentas por pagar fue inferior al año 2019 en un 91%.

A continuación, se presenta la variación del recaudo en las últimas vigencias, en donde se evidencia el aumento de los ingresos de la entidad durante la vigencia 2020 con respecto a las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019, resultado de la gestión de recaudo e identificación de pagos realizados por las ERP.

COMPARATIVO DE RECAUDO VIGENCIAS 2016-2020



Fuente: recaudo vigencias 2016-2020

Cumplimiento del estándar

La vigencia 2020 finalizó con un equilibrio presupuestal de 1.02, esto quiere decir que los ingresos recaudados identificados cubrieron el 100% de los gastos totales de la ESE durante todo el año, se terminó la vigencia con unas cuentas por pagar

de \$45,174,324.08 por la no autorización de los pagos por parte de los supervisores.

Según la Ley 1940 del 2017 en el Art 128 el presupuesto debe proyectarse según los reconocimientos de la facturación generada en el año anterior al que se elabora el presupuesto, por tal razón el presupuesto inicial y el definitivo al compararlo con años anteriores es mayor ya que 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 2020 aumentaron con respecto al año 2019 debido a la compra de elementos de protección para el personal de la entidad para el adecuado manejo de la Pandemia COVID-19 el cual aumento en un 41%, cuentas por pagar de la vigencia 2019 por \$ 476,726,337.75, compra de 4 unidades odontológicas por \$33,558,000.00, adecuación zona parqueaderos por \$ 43,245,075, aumento de la póliza de seguros, 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.

En el mes de abril en la Entidad se vio reflejado recaudo por valor de \$591,956,997.00 de Nueva EPS por pago de retroactivo de Cápita Subsidiada de los años 2017, 2018 y 2019, acuerdo que fue incumplido en la vigencia 2019, esto permitió el cubrimiento del 99% de las obligaciones adquiridas.

2.2.7 Oportunidad reporte información Superintendencia Nacional de Salud

No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				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	No Cumple		No 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.

Motivos de no cumplimiento del estándar:

El no cumplimiento del estándar obedeció a la extemporaneidad en el envío del archivo FT025 (facturación radicada) de los meses de julio, agosto y noviembre y del archivo FT004 (Cuentas por pagar y acreedores) correspondiente al tercer trimestre, debido a confusión en el envío de las fechas de los reportes debido a las modificaciones efectuadas por la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia 2020.

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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
11	Oportunidad del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos		Cumplimiento dentro de los términos previstos



No.	Indicador	Estándar para cada año	Línea de Base (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
	compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 o norma que lo sustituya.					

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 con 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 85%	69%	203	382	53%

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación												Total	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	oct	Nov	Dic		



Numerador	17	19	10	22	13	10	24	3	20	29	24	12	203
Denominador	35	31	28	38	29	34	45	6	46	38	34	18	382
Resultado %	46	61	36	58	45	29	53	50	43	76	71	67	53

Fuente: Base de datos Programa Creciendo Juntos HRQV

Formula del indicador:

N° de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación

Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia de la evaluación

Aplicación de fórmula: 203/382

Resultado: 53%

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)
- ❖ La pandemia por Covid-19 generó restricciones en la prestación de los servicios de salud ambulatorios por directrices del gobierno nacional y temor en la población de exponerse al contagio al consultar al Hospital.

Análisis comparativo

Se evidencia disminución en la proporción de la captación de la gestante durante la vigencia 2020 con respecto al 2019, debido a las restricciones en la prestación de los servicios y el temor de la población para asistir a los servicios de salud por el riesgo al contagio por Covid-19.

2.3.2 Casos sífilis congénita

No.	Indicador	Estándar	Línea de	Resultado periodo evaluado 2020
-----	-----------	----------	----------	---------------------------------



		para cada año	Base (2019)	Numerador	Denominador	Resultado
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	0	0		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.

Análisis comparativo

Durante la vigencia 2020 se presentó un caso de sífilis congénita, tal como lo certifica la Secretaría Departamental de Salud del Quindío.

Motivos de no cumplimiento del estándar:

Baja percepción del riesgo para el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

No se realizó la valoración integral de los factores sociales, económicos y culturales que rodeaban al paciente /neonato y su familia

Las condiciones sociales y económicas del paciente contribuyeron en la morbilidad y mortalidad

Demoras para tomar la decisión de acceder al servicio de salud / durante la atención prenatal, parto o los primeros 28 días de vida

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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 90%	90.33%	335	357	94%

Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE.

Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación

Aplicación de fórmula: 335/357.

Resultado: 94%

Fuente: Informe de la auditoria de Historia clínicas CNT 2020

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"
- ✓ 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
24	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 80%	85%	185	193	96%

Formula del indicador:

N° de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños menores de 10 años a quienes se les aplico estrictamente la guía técnica para detención temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación

N° de historias clínicas de niños menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia evaluada.

Aplicación de fórmula: 185/193

Resultado: 96%

Compromisos de gestión

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

Actividades desarrolladas:

- ✓ 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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	≤0.03	0,012	297	18364	0,01

Compromisos de gestión:

Minimizar la Proporción de pacientes que reingresan al servicio de Urgencias en menos de 72 horas, derivado de errores en el diagnóstico o debilidades en la adherencia a las Guías Clínicas de Practica Medica.

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 (2019)	Resultado periodo evaluado 2020		
				Numerador	Denominador	Resultado
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3 días	2.20	22084	8421	2,6

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 2020.

MYRIAM BEJARANO PULIDO

Gerente

ANEXOS:

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