



ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

**DRA. MARIA VICTORIA HERRERA ROA
GERENTE**

INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN CON BASE EN LAS RESOLUCIONES 710 DE 2012, 743 DE 2013 Y 408 DE 2018 – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

VIGENCIA 2021

Soacha 28 de Marzo de 2022



1. Presentación

El Plan de Gestión es el instrumento que consolida los compromisos que la gerencia de la ESE Municipal de Soacha Julio Cesar Peñalosa establece ante la Junta Directiva para el cuatrienio 2020 - 2024, en el marco de su gestión gerencial, administrativa, financiera y asistencial, de acuerdo con los criterios establecidos en la Ley 1438 de 2011, mediante la cual se definen los parámetros para la elaboración de los planes de gestión por parte de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, acorde con la metodología establecida para tal fin en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018.

En el Acta de Reunión de Junta Directiva No. 003 del 13 de Julio de 2020 se presentó el Plan de gestión de la Gerencia 2020 – 2024 el cual se aprobó por unanimidad.

La Dra. María Victoria Herrera Roa fue nombrada en el cargo de Gerente Código 085, Grado 01 bajo el Decreto No. 178 de 15 de Mayo de 2020 y Acta de Posesión No. 123 de 15 de Mayo de 2020, por lo tanto y para la Vigencia 2020 no fue sujeto de evaluación de Gestión. Para el año 2021 al contar con su Gestión del 1 de Enero al 31 de Diciembre se evalúa el Plan que contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados que deberán ser evaluadas, relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios; y cuyo cumplimiento se deberá medir a través de los indicadores definidos en el Anexo 1 de la Resolución 710 de 2012.

Este Plan de Gestión se acompaña de la matriz que establece los estándares y programación de cumplimiento de cada uno de los indicadores para la vigencia 2021.

1.1. Normatividad

Resolución 0473 de 2008 "Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación"

La Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en su capítulo IV – Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Empresas Sociales del Estado, relaciona:

Artículo 72. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el periodo para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado.

Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Artículo 74. Evaluación del plan de gestión del director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.





Resolución 710 de 2012 "Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. "Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodologías para la elaboración del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de las juntas directivas, y se dictan otras disposiciones".

Resolución 743 2013: Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones."

Resolución 408 de 2018: Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, "Por el cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones."

Resolución 1097 de 2018: Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, "Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018".

1.2. Antecedentes

La ESE Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza nace el nueve de enero de 1997, mediante el Acuerdo 49 del Concejo Municipal de Soacha; sin embargo, la historia de la Empresa de Salud de Soacha se remonta a la creación del Centro de Salud Compartir, mediante un proceso de gestión comunitario, con lo cual se inicia un crecimiento continuo de la institución. El proceso continua con la posterior creación de los Centros de Salud de San Marcos, San Mateo, Ciudadela Sucre y finalmente Olivos.

El Alcalde de Soacha mediante Decreto 178 del 15 de mayo de 2020, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, nombró a la doctora María Victoria Herrera Roa en el cargo de gerente de la Empresa de Salud ESE de Soacha para el periodo 2020 – 2023.

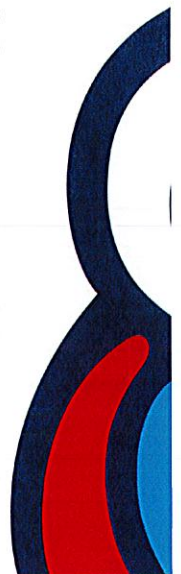
Le corresponde a la Gerente de la Empresa de Salud, en cumplimiento de la normatividad vigente, presentar ante la Junta Directiva para su aprobación, la evaluación del Plan de Gestión para la vigencia sujeto de evaluación durante el periodo para el que fue designada.

1.3. Indicadores Plan de Gestión

Dando cumplimiento a la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, la cual modificó la Resolución 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, los indicadores para la evaluación del plan de gestión 2021 de la Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha, en cada área de gestión con su respectivo peso porcentual, se definen a continuación.

Áreas de Gestión e Indicadores Plan de Gestión

ÁREA DE GESTIÓN	TOTAL INDICADORES	PORCENTAJE
DIRECCIÓN Y GERENCIA	3	20%
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	8	40%
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	4	40%
TOTAL	15	100%



Indicadores Dirección y Gerencia:

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Indicadores Financiera y Administrativa:

4. Riesgo Fiscal y Financiero.
5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.
6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de compras:
 - a) Compras conjuntas
 - b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado
 - c) Compras a través de mecanismos electrónicos
7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.
8. Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS.
9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.
11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.

Indicadores Gestión Clínica o Asistencial:

21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.
23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.
24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.
26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.

2. Diagnóstico

El diagnóstico inicial de los indicadores de la ESE reflejan las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador y los resultados corresponden a la gestión realizada durante la vigencia 2020.



EVALUACION PLAN DE GESTION DEL GERENTE 2020						
MACROPROCESO	INDICADOR	Resultado	Calificación	Resultado Final		
1	Dirección y Gerencia 20%	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1.10	1	0,05	
2		Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad	0.92	5	0,25	
3		Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0.67	1	0,1	
4	Financiero y Administrativo 40%	Riesgo Fiscal y Financiero	1	5	0,25	
5		Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	1.38	5	0,25	
6		Proporción de medicamentos y material medico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de compras: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	1	5	0,25	
7		Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	5	0,25	
8		Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	3	3	0,15	
9		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.88	1	0,05	
10		Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	1	5	0,25	
11		Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decrero Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	1	5	0,25	
21		Gestion Clinica Asistencial 40%	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0.49	1	0,1
23			Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	0.00	0	0
24			Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.14	0	0
26		Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	1.04	5	0,5	
RESULTADO VIGENCIA 2020					2,7	

Para la vigencia 2020 en la E.S.E. Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza se evidencia un cumplimiento del plan de Gestión con resultado insatisfactorio. Es importante aclarar que en esta vigencia 2020 se contó con la Dirección de 2 personas que ostentaron el título de Gerente; uno del 1 de Enero al 14 de Mayo de 2020 y otro del 15 de Mayo al 31 de Diciembre de 2020, razón por la cual no fue sujeto de evaluación del Gerente esta vigencia; sin embargo desde el segundo semestre de 2020 se contó con un seguimiento periódico de los indicadores del Plan de Gestión del Gerente; reflejando resultados parciales para cada indicador dado que en el primer semestre no se efectuó evaluación y seguimiento a los mismos.

3. Evaluación de Indicadores Vigencia 2021

A continuación, se relacionan las metas y resultados para cada una de las áreas de gestión, a partir del estándar definido para cada indicador, la línea base y las actividades generales a ejecutar.



3.1 INDICADORES AREA DE GESTIÓN - DIRECCIÓN Y GERENCIA

Indicador 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Este indicador permite establecer el porcentaje de avance en la autoevaluación cualitativa del proceso de mejoramiento sobre el Sistema Único de Acreditación, conforme a los estándares establecidos en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario, definidos en la Resolución 5095 de 2018.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	1.34	5

Fuente de información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.

Durante el año 2021 se solicitó asistencia técnica a la Secretaria de Salud de Soacha en el tercer Trimestre con el fin de efectuar la autoevaluación de acreditación de medición anual. La Autoevaluación de los estándares de acreditación se desarrolló en el mes de diciembre de así: Direccionamiento, Gerencia, Talento Humano, Ambiente físico, Tecnología, Información, Cliente asistencial, Mejoramiento; obteniendo los resultados de la calificación global de la entidad, derivando acciones para el fortalecimiento del componente.

Para el año 2021, se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación conforme a la directriz de la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, obteniendo un resultado global de 1.53 mayor al obtenido en el año 2020, que fue de 1.14. Dando un Resultado total para la Vigencia de 1.34 y sobrepasando el Estándar.

Las actividades que la ESE adelantará para dar cumplimiento al indicador, se basan en la aplicación anual de la Autoevaluación de los estándares de acreditación establecidos en la Resolución 5095 de 2019, para lo cual se ejecutará el plan de mejoramiento derivado de la priorización de los procesos que requieren intervención.

Las acciones de mejora se encaminarán a la implementación, evaluación y seguimiento a resultados de indicadores de calidad, humanización y Seguridad del paciente. En este sentido se integrará la autoevaluación de acreditación 2021 al enfoque del PAMEC vigencia 2022 para continuar trabajando en el fortalecimiento de la Calidad, para lo cual se requiere el compromiso de los líderes transversales para la ejecución del plan de mejora.





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

El indicador permite evidenciar el avance de la ESE en la validez de acciones tendientes al mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente auditoria registrados en el PAMEC	≥0.90	0.9	5

Fuente de información: Superintendencia Nacional de Salud - Archivo de reporte de indicadores de E.S.E.

De conformidad con lo establecido por la Resolución 408 de 2018 para el indicador No 2 se establece como resultado del indicador $\geq 0,9$ considerando que es el resultado de la evaluación emitida por la Superintendencia de Salud.

Para el año 2021 se definió el enfoque a desarrollar por PAMEC, con base en Acreditación y Seguridad del Paciente, se aplicó la ruta crítica teniendo en cuenta los hallazgos identificados en la autoevaluación. El documento PAMEC entro en vigencia para su aplicación del 20 de mayo al 31 de diciembre 2021; se realizó priorización y se generó plan de mejoramiento con seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas a partir del II trimestre 2021, para este trimestre se determinaron acciones por proceso, SIAU, Apoyo diagnóstico, Consulta externa, PYM, Salud Pública y seguridad del paciente, logrando un porcentaje de cumplimiento del 20%. De las 22 actividades programadas para el trimestre de abril a junio, se cumplieron 21 actividades.

Para el III trimestre del año 2021, se avanzó en la implementación del plan de mejoramiento por proceso, como SIAU, Seguridad del paciente, Salud pública, PYM, Consulta externa, Apoyo diagnóstico, Sistemas integrados de gestión, de las 53 actividades propuestas para los meses de julio, agosto y septiembre, se cumplieron 43, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 81%.

Para el IV trimestre del año 2021, se avanzó en la implementación del plan de mejoramiento por procesos y subprocesos, como SIAU, Seguridad del paciente, Salud pública, PYM, Consulta externa, Apoyo diagnóstico y Sistemas integrados de gestión, de las 28 actividades propuestas para los meses de octubre, noviembre y diciembre, se cumplieron 23, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 82%, más 2 actividades que se lograron cumplir que estaban pendientes del III trimestre.





Para el año 2021, se implementó el PAMEC institucional con enfoque de acreditación y Seguridad del Paciente, obteniendo un resultado sobresaliente en la calificación del plan de mejoramiento, con un 86% de cumplimiento. Se realiza el reporte ST002 conforme a la Circular 012 de la Superintendencia Nacional de Salud, con fecha de validación del 9 de febrero de 2022.

La ESE desarrollará acciones para el año 2022, encaminadas al fortalecimiento del Talento Humano en Salud a través del Plan de capacitaciones institucional, gestión de Seguridad del Paciente y Humanización con enfoque diferencial, involucrando al personal asistencial, administrativo, usuarios y comunidad en general.

Indicador 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

El Plan de Desarrollo Institucional es la estrategia que le permite al gerente y al equipo directivo tomar decisiones oportunas, de cara al logro de los objetivos estratégicos o fines establecidos.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de Metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia / Número de Metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.90	0.84	3

Fuente de información: Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario informe de Control Interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

Para la vigencia 2021 se programaron en el Plan Operativo Anual un total de 43 metas distribuidas así:

MACROPROCESO	PROGRAMADAS	CUMPLIDAS
Direccionamiento	9	9
Misional	23	20
Apoyo	8	7
Evaluación	3	0
TOTAL	43	36

Las 3 metas Misionales no cumplidas fueron: mantener controlados pacientes diabéticos, gestantes captadas antes de la semana 12 y coberturas útiles de vacunación. La Meta no cumplida en el Macroproceso de Apoyo fue la Ordenanza 108 de 2019; Finalmente las 2 Metas no cumplidas del Macroproceso de Evaluación fueron: Adherencia a GPC de CYD, adherencia a GPC de HTA y Planes de mejora Institucional.



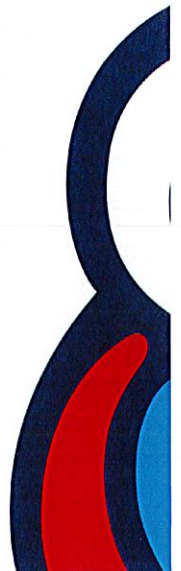


A partir del Cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional y como despliegue en la institución, se continuará cumpliendo con las actividades programadas aplicando las estrategias ya definidas para las metas cumplidas con un seguimiento trimestral por parte de los Líderes responsables y con el apoyo de la Oficina de Planeación.

Para las metas Misionales no cumplidas se establecerán mecanismos como la toma de Hemoglobina Glicosilada en nuestra institucional para asegurar la información de primera mano y no depender de terceros, se propone mejorar la identificación de gestantes a través de los reportes de laboratorios los cuales son remitidos a la referente del programa quien aplicando sus conocimientos orienta a las usuarias a la ruta que requieran ya sea a la de IVE o a la Materno Perinatal y se está fortaleciendo la canalización de menores de 5 años que asistan a consultas de medicina general, enfermería, odontología u otros servicios que aseguren el aumento de pacientes a vacunación.

La meta de cumplimiento de la Ordenanza 108 se suprimió del Plan Operativo Anual por sugerencia de las referentes de Planeación de Secretaría de Salud de Cundinamarca se decidió incluir esta meta dentro de la meta de Hospital Verde pues hace parte de esta iniciativa como prestador de Salud.

Finalmente, para las metas de Evaluación, ya se superó la dificultad para contratar Medico Auditor que aplique las Guías de manejo para Crecimiento y Desarrollo e Hipertensión y se articularon los seguimientos de Planes de Mejoramiento



3.2 INDICADORES GESTIÓN - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Indicador 4. Riesgo Fiscal y Financiero.

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social determinar y comunicar anualmente, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.

De esta manera, las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial se categorizan en riesgo alto, medio, bajo, o sin riesgo, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes, frente a los ingresos operacionales corrientes, existiendo un diferencial para las instituciones que operan en condiciones de mercado especiales.

El resultado de la meta evaluada es:

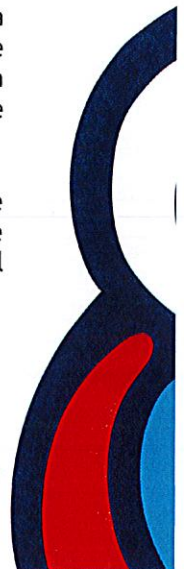
INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Riesgo Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Categorizada sin riesgo	No aplica para la Vigencia 2021	0

Fuente de información: Certificación Ministerio de Salud y Protección Social.

En el año 2021 no se presentó calificación de riesgo, este proceso fue suspendido por la resolución 856 de 2020, de acuerdo con el artículo 6o. Por tanto, para la vigencia 2021 no hay calificación de riesgo expedida por el Ministerio de Salud; sin embargo y por iniciativa de la Gerencia se efectuó medición interna para determinar calificación del riesgo fiscal y financiero de la Institución en el Tercer Trimestre de 2021 arrojando una categorización sin Riesgo.

Adicionalmente se cuenta con soporte de ficha técnica 2193 donde el indicador no aplica (Suspendida hasta el término de la emergencia sanitaria); por lo tanto, se distribuye entre los restantes indicadores de la Gestión Administrativa y Financiera su respectiva ponderación de acuerdo al parágrafo 2 del Artículo 2 de la Resolución 743 de 2013 que reza:

Artículo 2. *Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012 (Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva) el cual quedará así:*



"Artículo 3. Estándares e indicadores de evaluación. Para la evaluación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los Gerentes o Directores.

Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador, definida en el Anexo No,3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE.

Las Empresas Sociales del Estado sólo aplicarán los indicadores del área clínica o asistencial que les correspondan de acuerdo con su nivel de atención, definido en el acto administrativo de creación, independientemente de que tenga habilitados servicios de baja, media y alta complejidad. "

Dado lo anterior se distribuye la ponderación de 0,05 de este indicador entre los 7 restantes de la Gestión Administrativa y Financiera otorgando una ponderación de 0.007 y quedando cada uno con ponderación de 0,057.

Indicador 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.

Las unidades de valor relativo constante UVR, califican la complejidad del procedimiento o intervención en términos de los recursos humanos y tecnológicos necesarios para su realización, permitiendo así medir en términos de pesos, la producción de servicios de salud frente al gasto en el que se incurre.

La aplicación del indicador, referencia la evolución del gasto frente a la producción de servicios de salud en la entidad.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0.90	0,86	5

Fuente de información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.



A cierre de la vigencia 2021, se presenta un indicador menor a 0,90, debido especialmente a que a esa fecha el volumen de gastos bajó, por aplicación del principio de planeación, incluye compromisos autorizados con cargo al presupuesto que corresponden a la prestación de servicios y a la adquisición de bienes durante la vigencia 2021. (Vigilancia, servicios de laboratorio, adquisición de insumos y prestación de servicios, entre otros). Es de aclarar que a 31 de diciembre de 2021 quedaron en tesorería saldos suficientes que garantizan el pago de las obligaciones pendientes de giro a esa fecha.

Las acciones que se proponen para el cumplimiento de esta meta, corresponden a la aplicación y monitoreo de la programación de servicios, ajustando oportunamente las desviaciones, optimización de la relación oferta – demanda, contener el gasto de operación y racionalización de la contratación del recurso humano y aumentar la productividad.

Indicador 6. Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico Adquiridos Mediante diferentes Mecanismos de Compra

El indicador establece la proporción del gasto de operación destinada a la compra de medicamentos y material médico quirúrgico que se realiza a través de las siguientes modalidades:

- Compras conjuntas
- Cooperativas de E.S.E.
- Compras a través de mecanismos electrónicos.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de compras: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de ESE. c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥0.70	1.00	5

Fuente de información: Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE que como mínimo contenga:

1. Valor total de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c).
2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.



Durante la vigencia 2021 la totalidad de la contratación de medicamentos y material médico quirúrgico de la entidad se ha realizado a través del Sistema Electrónico de contratación Secop I.

La ESE Municipal de Soacha Julio Cesar Peñalosa, adelantará le gestión de compras de medicamentos y material médico quirúrgico con estrategias a través de mecanismos electrónicos, compras conjuntas o por medio de cooperativas de Empresas Sociales del Estado especialmente con el Hospital Mario Gaitán Yanguas cabecera de red; con el fin de disminuir costos unitarios por volumen de compra y adquirir bienes a los mejores precios del mercado; mejorando las condiciones financieras para la entidad.

Indicador 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios

Esta medición permite determinar el cumplimiento en el corto plazo de las obligaciones relacionadas con el pago de salarios al personal de planta y personal en contratación por prestación de servicios.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la Deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	0	5

Fuente de información: Certificación suscrita por el revisor fiscal en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador de la ESE, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

A corte de Diciembre 31 2021 no se presenta deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios ni mora en las obligaciones.

La ESE continuará aplicando la política de priorización en la programación de pagos de las obligaciones relacionadas con el recurso humano, involucrando el pago de nómina para funcionarios de planta y personal en contratación por prestación de servicios, asegurando la planeación financiera, con el ánimo de cumplir a cabalidad con las obligaciones financieras efectuando los pagos dentro de los términos establecidos.



Indicador 8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, igualmente el objetivo del Registro es facilitar las relaciones comerciales entre las Entidades Responsables del Pago y las IPS, permitiendo el seguimiento e intervención continua sobre la demanda de los servicios y la facturación de los mismos.

Los datos capturados a través de los RIPS, contienen información sobre el prestador de servicios de salud, el usuario que lo recibe, la prestación del servicio y el motivo que lo originó, como el diagnóstico y causa externa. El análisis sobre estos registros permite la toma de decisión y la mejora en los procesos asistenciales, administrativos y financieros.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS.	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	5

Fuente de información: Informe del responsable de Planeación de la ESE o quién haga sus veces soportando en las Actas de Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

El 30 de Abril de 2021 se hizo la presentación del Registro Individual de Prestaciones - RIPS ante la Junta Directiva de la Institución para el periodo comprendido entre el 1 de Enero y 31 de Marzo de 2021, según Acta 001 de 2021.

En el tercer trimestre se presentó mediante un oficio formalmente ante la Secretaría de Salud de Soacha, el análisis de la información derivada de los RIPS del II trimestre de la ESE Julio Cesar Peñaloza; adicionalmente se tenía programado presentar en las reuniones de Junta Directiva del 7 de Octubre y 10 de Noviembre los Informes de RIPS del II y III Trimestre pero no fue posible.

El 13 de Diciembre de 2021 se hizo la presentación del Registro Individual de Prestaciones - RIPS ante la Junta Directiva para los periodos comprendidos entre el II, III trimestre y IV trimestre parcial con corte a 30 de noviembre de 2021, según Acta 005 de 2021.



La ESE programará de manera anual dentro del cronograma de sesiones de la Junta Directiva, la presentación de los cuatro (4) informes de los Registros Individuales de la Prestación de Servicios, socializando los datos y análisis de información que se capturan a través de este instrumento de acuerdo a lo que indica la Resolución 408 de 2018 para el presente Indicador.

Indicador 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

El indicador permite evaluar la situación presupuestal de la Empresa de Salud, relacionando el recaudo, frente a los compromisos adquiridos en el periodo.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	≥ 1.00	1,07	5

Fuente de información: Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya. (Ficha técnica de la página Web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social).

A 31 de diciembre se presenta un indicador mayor a 1,00, debido especialmente a que a esa fecha el volumen de gastos, por aplicación del principio de planeación, incluye compromisos autorizados con cargo al presupuesto que corresponden a la prestación de servicios y a la adquisición de bienes durante la vigencia 2021. (Vigilancia, servicios de laboratorio, adquisición de insumos y prestación de servicios, entre otros).

Es de aclarar que a 31 de diciembre de 2021 quedaron en tesorería saldos suficientes que garantizan el pago de las obligaciones pendientes de giro a esa fecha.

Para el cumplimiento del indicador y de acuerdo con los lineamientos de la Circular 030 de 2013, se propone realizar mesas de trabajo con los clientes, a fin de tener un adecuado recaudo de cartera, además dentro de sus comités de sostenibilidad contable se realizará seguimiento a la cartera de la ESE para mantener el equilibrio entre los ingresos recaudados y su proyección de compromisos de gastos presupuestales a lo largo de la vigencia. También se desea lograr mayor venta de servicios y aumentar la recuperación de cartera en un recaudo efectivo lo que permite poder cumplir con todos los compromisos adquiridos, presentando durante la vigencia un equilibrio financiero.

Indicador 10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.



Para dar cumplimiento a los indicadores de gestión institucional solicitados a través de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, se realiza el reporte de la Resolución 0256 de 2016 y la Circular 012 del mismo organismo. A través de esta información las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud suministran los datos correspondientes para realizar el monitoreo de la calidad en salud.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	No Cumple	0

Fuente de información: Superintendencia Nacional de Salud

Durante la vigencia 2021 se realizó oportunamente el cargue de los siguientes archivos: FT004 (Pasivos), FT002 (Estados Financieros), FT025 (Facturación), ST006 (Accidentes de Tránsito) y ST001 (PAMEC); el GT003 (Rendición de Cuentas) de manera extemporánea y los archivos FT026 (Contratación) y GT004 (Asociación de Usuarios) no se presentaron por desconocimiento de los responsables. De los 25 reportes mensuales, trimestrales y anuales que se debían rendir, se presentaron 21 reportes obteniendo 84% de cumplimiento, lastimosamente la no presentación de un solo informe otorga calificación negativa al presente indicador.

Para el cumplimiento de este indicador en el reporte de oportunidad en la información, se realizará actualización de la matriz de programación y seguimiento de reportes periódico a entes externos acorde con los términos establecidos por la normatividad. (Formato matriz control de informes a entidades externas)

Se contará con la disponibilidad de la firma digital para certificación de los reportes y remisión a plataformas digitales de Supersalud, rindiendo los informes dentro de los términos establecidos.

Indicador 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.

A través del Decreto 2193 de 2004, se establecen las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.



El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentó oportunamente la información en cumplimiento	5

Fuente de información: Ministerio de Salud y Protección Social.

En el año 2021 se cargó oportunamente la información del decreto 2193 de 2004 para el I Trimestre el 30 de Abril de 2021, en el II Trimestre se reportó el Julio 30 de 2021, en el III Trimestre se cargó oportunamente el Octubre 29 de 2021. En el IV Trimestre de 2022 se cargó el 2 de Febrero de 2022; sin embargo aún no se cuenta con el soporte que emite el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el cumplimiento de este indicador en el reporte de oportunidad en la información, se realizará actualización de la matriz de programación y seguimiento de reportes periódico a entes externos acorde con los términos establecidos por la normatividad. (Formato matriz control de informes a entidades externas)

Se contará con la disponibilidad de la firma digital para certificación de los reportes y remisión a plataformas del Ministerio de Salud y Protección Social, rindiendo los informes dentro de los términos establecidos.



3.3 INDICADORES AREA DE GESTIÓN - CLÍNICA O ASISTENCIAL

Indicador 21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Los controles prenatales se consideran de gran importancia debido a que; es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

Por lo anterior, las evidencias demuestran que la captación temprana de la gestante para dar inicio a su control prenatal; busca desarrollar las acciones de promoción y protección de la salud, desde un primer momento, maximizando sus beneficios. Adicionalmente, permite la clasificación e identificación temprana de los riesgos a través de los cuales se realiza la clasificación del riesgo materno, direccionando los planes de manejo y tratamiento para la atención obstétrica que debe recibir.¹

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas.	≥0,85	0,49	1

Fuente de información: Informe del Comité de Historias Clínicas.

El cumplimiento de este indicador no depende exclusivamente de la ESE, pues las Gestantes no ingresan al programa oportunamente porque hay muchas que a pesar de ser captadas; socialmente su prioridad no es el embarazo o porque no saben que están embarazadas y nunca asisten entonces es imposible detectarlas, sin embargo, se han implementado estrategias como la identificación de gestantes a través de los reportes de laboratorios los cuales son remitidos a la referente del programa quien orienta a las usuarias para que ingresen a la ruta que requieran ya sea a la de IVE o a la Materno Perinatal.

¹ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Manual de orientación y direccionamiento de las gestantes para el efectivo acceso a los servicios de salud en Bogotá. Bogotá, noviembre 2015.



Adicionalmente se ha continuado gestionando la información suministrada por el PIC para identificar tempranamente las usuarias que hacen parte de la población asignada, lo que se ve reflejado en la mejora del indicador; que, si bien continúa por debajo de lo esperado, muestra una variación significativamente positiva. Como estrategia adicional desde la Subgerencia de Servicios de Salud se ha articulado con el Hospital Mario Gaitán Yanguas la remisión de las pruebas de embarazo con resultados positivos que se procesan allí, para que una vez identificada la población asignada a la ESE se realice la orientación respectiva; esperando un balance aún mejor para el año 2022.

Indicador 23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

La hipertensión arterial hace parte de las enfermedades crónicas no trasmisibles que ocupan las primeras causas de morbilidad nacional, convirtiéndose en un factor estratégico el desarrollo de acciones en torno a su prevención, tratamiento y progresión, por el impacto que la enfermedad genera en términos de calidad de vida y costos de atención en salud. De esta manera, toma gran importancia la tarea de llevar a cabo una evaluación sobre la aplicación de la guía de práctica clínica para enfermedad hipertensiva.

El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥0,90	0,72	3

Fuente de información: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

Este indicador presentó dificultad para conseguir Medico Auditor, el cual fue contratado, pero solicitó terminación anticipada de su contrato y abandonó las actividades. Se sabe que este perfil no es fácil de encontrar; sin embargo, para la vigencia 2021 y durante el segundo y cuarto trimestre se contó con médica quien realizó la revisión de las historias clínicas definidas en la muestra.



El cumplimiento del indicador está por debajo de lo esperado, con apenas un año de implementación de la historia clínica de Dinámica Gerencial aún se encuentran miembros del equipo médico con dificultad para su adecuado diligenciamiento; por otro lado, no hay que desconocer la cultura policiva que conduce a tener procesos de seguimiento estrictos que apenas iniciaron y con los cambios de los médicos no se lograron fortalecer. En este momento se conocen las falencias, y se espera generar e implementar planes de mejora que serán los que permitan identificar un avance en el cumplimiento del indicador.

Indicador 24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.

Como se establece en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en Colombia, las alteraciones del crecimiento y del desarrollo en los niños se presentan con una alta frecuencia en nuestro país, si bien, se hacen esfuerzos por identificarlas en las consultas y controles ambulatorios, en ocasiones son detectadas tardíamente, lo que conlleva discapacidades y complicaciones. “Las estrategias utilizadas para evaluar el crecimiento y el desarrollo comúnmente tienen una amplia variabilidad, con el agravante de que se desconoce su eficacia. Los niños y sus padres son remitidos de manera desorganizada cuando se encuentran alteraciones, sin llevar un esquema metódico de diagnóstico y tratamiento.”²

Esta Guía busca específicamente disminuir la variabilidad en las estrategias utilizadas para promocionar el crecimiento y el desarrollo, así como detectar tempranamente y hacer el enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, y de alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años. ³

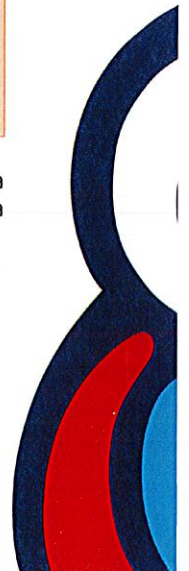
El resultado de la meta evaluada es:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	≥0,80	0,56	3

Fuente de información: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

² IETS. Guía de práctica clínica No. 24. Bogotá, 2014.

³ Idem



Este indicador se empezó a evaluar desde el II trimestre. La Resolución 3280 de 2.018, incorporó varios instrumentos de evaluación de las diferentes dimensiones del desarrollo que complejiza mucho más el cumplimiento estricto de la línea técnica. Ha sido necesario realizar varios ajustes a la historia clínica para que desde el instrumento se cumpla con los requerimientos normativos, igual es necesario aumentar el tiempo de consulta, ya que el programado en este momento no favorece el cumplimiento del indicador.

Para el tercer trimestre de 2021 se realizaron ajustes a la historia clínica de primera infancia acordes con la Resolución 3280/2.018. Se han realizado varias socializaciones con el equipo médico sobre el procedimiento de esta Ruta, adicionalmente a partir del mes de Septiembre de 2.021 se amplió el tiempo de atención a 30 minutos a médicos específicos.

Una vez socializado en Comité de Historias Clínicas de Octubre los hallazgos a partir de la auditoria de historias clínicas, se identifica adherencia por parte de algunos profesionales en la aplicación de la línea técnica de primera infancia acorde a la Resolución 3280/2018, lo que se ve reflejado en una mejoría considerable del indicador.

En el transcurso de la vigencia se realizaron actividades encaminadas al mejoramiento del indicador; la capacitación sistemática y la socialización de incumplimientos a los profesionales reflejaron una mejoría importante en el resultado del indicador para el último trimestre.

Para la nueva vigencia debemos mantener y mejorar estrategias implementadas y para ello es fundamental continuar con las actividades de refuerzo técnico al equipo de salud, así como la socialización de las posibles fallas identificadas a través de la auditoria de las historias clínica, para que tomen los correctivos pertinentes de manera oportuna.

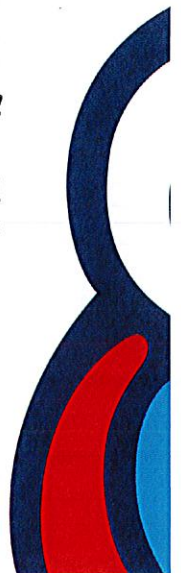
Con el fin de asegurar el cumplimiento de la meta definida frente al cumplimiento de adherencia a las guías de práctica clínica, los procesos asistenciales y la Oficina de Calidad definirán en el marco del Programa de Auditoria Clínica el procedimiento y los protocolos que permitan medición periódica, identificación de oportunidades de mejora y acciones ante las desviaciones encontradas.

La gestión se realizará de manera coordinada con la Subgerencia de servicios de salud en un continuo de retroalimentación que permita asegurar las buenas prácticas, el aprendizaje organizacional y la mejora en la calidad de la atención.

Indicador 26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.

El indicador de oportunidad en la asignación de citas, se constituye en una medición del acceso a los servicios de salud por parte del usuario en el momento requerido y sin presentar retrasos que pongan en riesgo su condición de salud.

El resultado de la meta evaluada es:



INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR	RESULTADO	CALIFICACION
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas a la Institución.	≤ 3 días	2,012	5

Fuente de información: Reporte de la Resolución 1446 de 2006, o la norma que la sustituya. (Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de Protección Social).

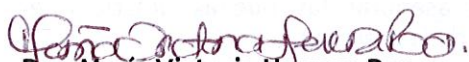
El equipo de facturación ofrece a los usuarios la cita de mayor conveniencia para él, haciendo que el indicador se encuentra dentro de lo esperado, garantizando el acceso y oportunidad a la atención en medicina general de primera vez a los usuarios.

La Empresa cuenta con la estrategia de apertura de agendas de manera semanal lo que permite administrar la oportunidad dentro del estándar esperado.

Para el indicador; la oportunidad promedio en la atención de consulta médica general se evidencia una tendencia óptima dentro del estándar con un valor de 2.01 días, se avanza en la definición del recurso humano necesario para una adecuada planeación en la prestación del servicio y disminuir la inasistencia del usuario a su consulta.

Dentro del plan de trabajo para cumplimiento del indicador, se coordinarán articuladamente esfuerzos entre facturación, agendamiento y Call Center para mantener la oportunidad de consulta mayor a 3 días. A su vez, el monitoreo del comportamiento de la agenda de consulta externa será un insumo a considerar dentro de las variables del cumplimiento de indicador de oportunidad.

La socialización de los resultados del indicador y los planes de mejora se llevará a cabo en los comités funcionales y reuniones de servicios.



Dra. María Victoria Herrera Roa

Gerente

ESE Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza

Proyectó: Claudia Milet Montoya Barrera – Profesional de Apoyo Planeación.

Revisó: Julia Andrea De Avila Heredia – Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna.

Aprobó: Ivonne Maritza Rivera López - Subgerente de Servicios de Salud.

Aprobó: Héctor Andrés Cendales Molano – Subgerente Administrativo y Financiero.



MATRIZ DE CALIFICACIÓN RESOLUCIÓN 408 DE 2018
EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA
SEGUIMIENTO VIGENCIA 2021

Área de Gestión	Indicador	Fórmula	Estándar	CALIFICACION DEL RESULTADO				Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Calificación	Resultado final	Observaciones	
				0	1	3	5								
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1,20	<1	1 - 1,10	1,11 - 1,19	≥ 1,20	0,05	1,53	1,14	1,34	5	0,25	
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente auditoría registrados en el PAVTEC	≥ 0,9	≤ 0,5	0,51 - 0,7	0,71 - 0,89	≥ 0,9	0,05	89	103	0,9	5	0,25	De conformidad con lo establecido por la Resolución 408 de 2018 para el indicador No 2 se establece como resultado del indicador ≥ 0,9 considerando que es el resultado de la evaluación emitida por la Superintendencia de Salud.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de Metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia / Número de Metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,9	< 0,6	0,51 - 0,7	0,71 - 0,90	≥ 0,9	0,10	36	43	0,84	3	0,3	
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del PSFF	Si no se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero		Si se adoptó el programa de saneamiento o fiscal y financiero	0	NO APLICA VIGENCIA 2021		1	5	0	Se cuenta con soporte de ficha técnica 2193 donde el indicador no aplica, por lo tanto se distribuye entre los restantes indicadores de la Gestión Administrativa y Financiera su respectiva ponderación	
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,9	> 1,10	1 - 1,10	0,9 - 0,99	< 0,9	0,057	46	56	0,81	5	0,285	
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de compras:	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,70	< 0,3	0,30 - 0,5	0,51 - 0,69	≥ 0,70	0,057	\$331.076.328	\$331.076.328	1,00	5	0,285	
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación. / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) / Valor de la Deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior.	0 o variación negativa	Deuda (+) Variación (-)	Deuda (+) Variación (0)	Deuda (+) Variación (-)	Deuda (0)	0,057	0	0	0	5	0,29		
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	1	2	3	4	0,057	4		4	5	0,29	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	≥ 1	< 0,8	0,8 - 0,9	0,91 - 0,99	≥ 1	0,057	10.231.473.288	9.532.778.242	1,07	5	0,29	
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento certificado		Cumplimiento Certificado	0,057	0		0	0	0	0	
11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	No presentó oportunamente la información		Presentó oportunamente la información en cumplimiento	0,057	1		1	5	0,29			

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN RESOLUCIÓN 408 DE 2018
EMPRESA DE SALUD E. S. E DEL MUNICIPIO DE SOACHA
SEGUIMIENTO VIGENCIA 2021**

Área de Gestión	Indicador	Fórmula	Estándar	CALIFICACION DEL RESULTADO				Ponderación	Numerador	Denominador	Resultado	Calificación	Resultado final	Observaciones	
				0	1	3	5								
Gestión Clínica Asistencial 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas.	≥ 0,85	< 0,35	0,35 - 0,60	0,61 - 0,84	≥ 0,85	0,1	283	574	0,49	1	0,1	
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,90	< 0,50	0,50 - 0,70	0,71 - 0,89	≥ 0,90	0,1	97	134	0,72	3	0,3	
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo / Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	≥ 0,80	< 0,30	0,30 - 0,55	0,56 - 0,79	≥ 0,80	0,1	177	316	0,56	3	0,3	
	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas a la institución.	≥ 3	≥ 5 días	Igual a 5 días	Igual a 4 días	< 3 días	0,1	17607	8750	2,012	5	0,5	

CALIFICACIÓN TOTAL

3,71

SATISFACTORIO