

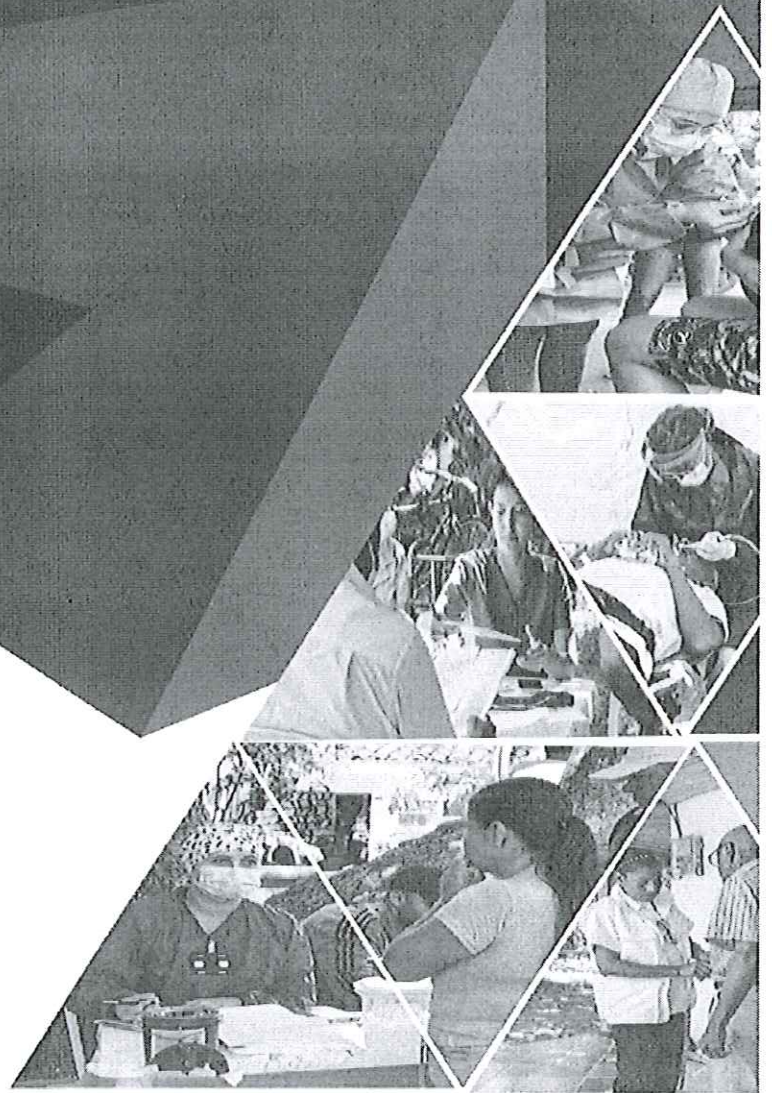


QUILISALUD
¡Somos Todos!

**PLAN
DE GESTIÓN
GERENCIAL
QUILISALUD E.S.E**

2024 - 2027

IVAN ANTONIO LEDEZMA
GERENTE



**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL
VIGENCIA 2024 – 2027**

**Presidente de la Junta Directiva
LUIS EDUARDO GRIJALBA MUÑOZ**

**Santander de Quilichao
Mayo 20224**

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. PRESENTACIÓN	6
2. MARCO LEGAL	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
4. PLATAFORMA ESTRATEGICA	7
4.1 MISIÓN:	8
4.2 VISIÓN :	8
4.3 VALORES INSTITUCIONALES	8 – 9
4.4 PRINCIPIOS	9
4.5 POLÍTICAS DE ESE	10 – 11
4.5 ORGANIGRAMA	12 – 13
4.5 MAPA DE PROCESOS	13 – 14
4.6 MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	14
4.6.1 Enfoques y estrategias	14 – 15
4.6.2 Procesos asistenciales	16 – 20
4.6.3 UNIDAD DE GESTIÓN DEL RIESGO	20 – 21
4.6.4 Modalidades operativas	22
a) MODALIDAD INTRAMURAL	23
b) MODALIDAD EXTRAMURAL	23
4.6.5 Estrategia de operativización	24
5. GENERALIDADES DE LA ESE	25
5.1 ANTECEDENTES	26
5.2 CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA	26 – 27
5.3 SERVICIOS INSCRITOS EN REPS	27 – 29
6. DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN	29
6.1 FASE DE PREPARACIÓN:	29
6.1.1 Fuentes de Información	30 – 35
6.2 FASE DE FORMULACIÓN:	35
6.2.1 Diagnóstico Inicial Vigencia 2020 – 2023	35 – 48
6.2.2 Definición Metas 2024-2027	48
6.2.2.1 Gestión de Dirección y Gerencia (20%):	48 – 52
6.2.2.2 Gestión Administrativa y Financiera (40%):	52 – 59
6.2.2.3 Gestión Clínica o Asistencial (40%):	59 – 63
6.3 FASE DE APROBACIÓN	63
6.4 FASE DE EJECUCIÓN	63
6.5. FASE DE EVALUACIÓN	64
6.5.1 Elaboración y Presentación del Informe de Anual	64

6.5.2 Calificación del Informe de Anual	65
6.5.3 Interpretación De Resultados	65
6.5.4 Notificación de Resultados	65
6.5.5 Recursos Contra la Decisión de la Junta Directiva	66
6.5.6 Criterios de Evaluación	66 – 67

1. PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión, es la herramienta y marco de acción de la Gerencia de la Empresa Social del Estado QUILISALUD, para el periodo 2024-2027. En él se consolidan los compromisos de la Gerencia acuerda con la Junta Directiva, 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 tiene como propósito apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la ESE, para implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 de 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus tres ejes estratégicos: eficiencia y calidad, accesibilidad, y la Política de Atención Integral en Salud PAIS.

Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera, y Clínica Asistencial.

2. MARCO LEGAL

- Ley 1122/ 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
- Decreto 357 de febrero 8 de 2008 "Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial".
- Ley 1438 de 2011 "Por Medio de la Cual se Reforma El Sistema General de Seguridad Social en Salud y se Dictan Otras Disposiciones', Art. 73 "Procedimiento Para La Aprobación del Plan de Gestión de Las Empresas Sociales del Estado Del Orden Territorial, y Art. 74 "Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial".
- Resolución 0710 marzo 30/2012 "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, y se dictan otras disposiciones". y sus anexos técnicos.
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones", y sus anexos técnicos.

- Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se establece el Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección social "
- Resolución 408 de 2018 Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1097 de 2018 "Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018".

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de QUILISALUD.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la planeación para el diseño del Plan de Gestión 2024 - 2027
- Realizar un diagnóstico inicial de las condiciones en que se encuentra la ESE frente a cada una de las áreas de gestión.
- Definir la Meta para cada indicador, la línea base y la estrategia para alcanzar los logros (FORMULACION)
- Garantizar la evaluación anual del Plan de Gestión.

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

Para el desarrollo del pensamiento estratégico de quienes dirigen y responden por las áreas y unidades funcionales de la empresa, esta tendrá la siguiente Cultura Corporativa, la cual podrá ajustarse por parte de los directivos y colaboradores en la medida en que surtan las transformaciones institucionales y necesidades de cumplimiento de la gestión.

Para el desarrollo del pensamiento estratégico de quienes dirigen y responden por las áreas y unidades funcionales de la empresa, esta tendrá la siguiente Cultura Corporativa, la cual podrá ajustarse por parte de los directivos y trabajadores en la medida en que surtan las transformaciones institucionales y necesidades de cumplimiento de la gestión.

Es de tener en cuenta en la institución la formación de profesionales de la salud y el desarrollo de la investigación científica en alianza con las instituciones, pues la

ESE Quilisalud contribuye activamente con las dinámicas de este ámbito como escenario de practica formativa para los futuros profesionales en el área de la salud

4.1 MISIÓN

Quilisalud es una Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud, primarios y complementarios, humanizados, seguros y de calidad, centrados en nuestro modelo de atención en salud integral con enfoque de atención primaria y gestión de riesgo con enfoque diferencial e impactando directamente al individuo, familia y comunidad.

4.2 VISIÓN

Para el año 2028 ser un prestador primario y complementario en salud referente a nivel nacional, que de continuidad a la relación entre comunidad e institucionalidad, impactando de manera progresiva los indicadores de salud de la población atendida, garantizando la sostenibilidad financiera y en especial la responsabilidad social de la empresa.

4.3 VALORES INSTITUCIONALES

- **HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre 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, 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.
- **TOLERANCIA:** 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.

fc

4.4 PRINCIPIOS

- **Vocación de servicio:** “Servimos con Amor en pro de la salud y bienestar”.

Definición:

Compromiso hacia el cuidado y atención del usuario y cuidador, implicando un fuerte sentido de empatía y altruismo en la prestación de servicios con calidad, para mejorar la salud y bienestar de la comunidad.

- **Eficiencia:** “Acciones correctas, resultados reales”.

Definición:

Logramos los resultados deseados con la optimización de los recursos existentes reflejados en salud y bienestar para nuestra población.

- **Autocuidado:** “Todos nos cuidamos”

Definición:

Priorizar la salud física y emocional de los colaboradores, contribuyendo así a su satisfacción laboral y al éxito sostenible de la organización.

- **Integridad:** “Actuamos con honestidad, ética y transparencia”

Definición:

Actuamos con honestidad, respeto y transparencia entre las acciones y principios.

- **Mejoramiento continuo:** “Estamos comprometidos con la excelencia”

Impulsamos la innovación, la eficiencia y la adaptabilidad en nuestra entidad, involucrando a todo el talento humano para brindar una atención óptima a nuestros usuarios.

- **Trabajo en equipo:** "Unidos por la salud de Quilichao "

Todos tenemos capacidades excelentes y diversas, por eso compartimos conocimientos y esfuerzos para alcanzar objetivos comunes en salud y bienestar para la comunidad quilichagueña.

4.5 POLITICAS DE LA ESE

- **Política de Calidad:** QUILISALUD E.S.E. es una empresa que promueve la participación efectiva de la comunidad garantizando así el mejoramiento continuo y control de la salud en los diferentes ciclos vitales a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud que articula el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la atención, tratamiento y rehabilitación oportuna al individuo y su familia; apoyados en un recurso humano competente, con infraestructura y tecnología adecuada para nuestro nivel de complejidad.
- **Política Financiera:** Fortalecer el Sistema Financiero institucional, buscando la suficiencia patrimonial y Auto sostenibilidad financiera para garantizar rentabilidad social; mediante la venta de servicios.
- **Política de Gerencia de la Información:** La Empresa Social del Estado Quilisalud del Municipio de Santander de Quilichao (Cauca); implementa una política que satisfaga las necesidades de comunicación e información a los grupos de interés internos y externos, cumpliendo con las características de confiabilidad, oportunidad, y eficiencia, que garantice la custodia y seguridad de la información utilizando los mecanismos efectivos, y socializando y divulgando la información necesaria a la comunidad y según los requerimientos de los entes de control competentes.
- **Política de Seguridad del Paciente:** El equipo de salud institucional de La Empresa Social del Estado- Quilisalud del Municipio de Santander de Quilichao estará comprometido con la promoción de un ambiente de atención en salud seguro para el paciente y su familia, a través de una

scf

cultura de seguridad que estimule el reporte, análisis y seguimiento de los eventos adversos, con la implantación de las buenas prácticas de seguridad del paciente.

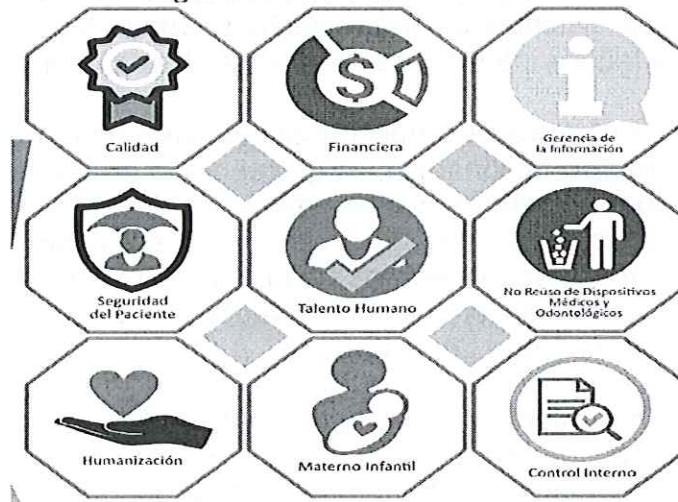
- **Política de Talento Humano:** Implementar procesos de selección del talento humano de acuerdo a las competencias laborales requeridas y potenciar el ya existente de la Empresa Social del Estado Quilisalud y así fortalecer el compromiso hacia la institución y el trabajo en equipo.
- **Política de no reúso de dispositivos médicos y odontológicos:** La ESE QUILISALUD garantiza que, durante el proceso de atención de un usuario, no se reúsen dispositivos médicos que por disposición del fabricante se determinen como de "un solo uso".

En la ESE solo podrán ser reusados aquellos dispositivos cuya recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que la reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través de los comités institucionales.

- **Política De Humanización:** En el marco de la prestación de servicios es un compromiso para nosotros como institución fortalecer el ser de nuestros colaboradores con el fin, de que se brinde un trato cálido y humano en cada nivel de atención que se brinde en nuestra institución. Desarrollamos diferentes estrategias para que la comunidad sienta a Quilisalud como institución amiga, confiable y cercana que permita fortalecer procesos de autocuidado.
- **Política Maternoinfantil:** Como institución somos consecuentes con los indicadores de desarrollo humano, es por esto que apostamos a adoptar acciones recogidas en la política de cero a siempre, como salud desarrollamos el plan de mil días como política institucional, apropiando así estrategias desarrolladas para generar una maternidad segura y lo que se define en el marco de AIEPI.
- **Política de atención a la comunidad:** Por la cual se fortalecen dos aspectos esenciales para la institución los cuales son: El sistema de atención a la comunidad y el modelo de prestación tanto de carácter intra como extramural lo cual tiene como fin impactar a toda nuestra población brindando las atenciones que requieren en su totalidad.

- **Política de control interno:** Con el fin de garantizar el cumplimiento de los fines esenciales del estado y propiciar la adecuada administración de los recursos públicos y la rendición de cuentas a la comunidad, la dirección de Quilisalud ESE, estimula la autogestión, autorregulación, el autocontrol, mediante la adopción, implementación, difusión y educación de un modelo estándar de control interno.

Figura N° 2. Políticas institucionales



4.5 ORGANIGRAMA

Según Acuerdo 003 del 16 de mayo de 2016, determinó la estructura interna de la Empresa Social del Estado QUILISALUD ESE, la cual se planteó de la siguiente manera:

1. Junta directiva.

guel

2. Gerencia
3. Coordinación administrativa y asistencial
4. Órganos de coordinación y asesorías
5. Personal asistencial y administrativo

Se puede observar que la estructura interna de la E.S.E es una estructura de poder vertical, prima la comunicación y coordinación en la administración, además acentúan la presencia de controles administrativos y haciendo una transversalidad de sus servicios mediante un engranaje de todos los procesos y servicios.

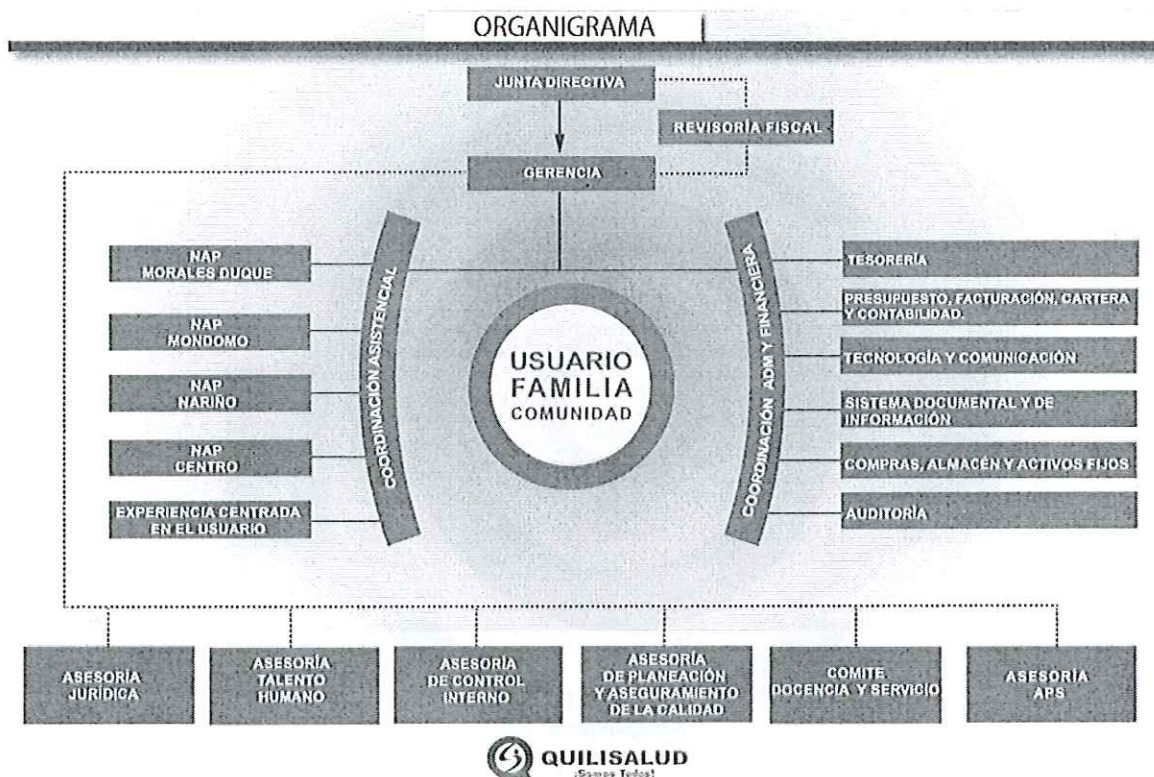
Por otra parte, se aprecia que cuenta con dos grupos funcionales, el primero hace referencia a la parte administrativa la cual se relaciona con el manejo de personal, el área financiera, los sistemas de información, recursos físicos y por ultimo lo relacionado con la auditoría interna que se efectúa al área financiera.

En segundo lugar se observa el grupo funcional asistencial o de prestación de servicios, el cual tiene gran importancia, ya que sobre él se estructura la operación de la empresa en todo lo referente a la prestación de los servicios de salud, comprende la unidad de consulta externa y se divide en medicina, odontología y enfermería, por servicios que son insumo para la estructuración de los tres procesos asistenciales que lo conforman: promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y morbilidad con enfoque de riesgo.

Según lo anterior es recomendable que la entidad adecue su estructura interna a una basada en procesos, de tal forma que exista un responsable por la ejecución y resultados que se obtengan en la transformación de los bienes que ingresan al proceso y de los productos o servicios que finalmente se logren con su ejecución, bajo este concepto.

Lo anterior tiene como fin, que los resultados obtenidos permitan generar una mayor coherencia entre líneas jerárquicas de mando, conductos regulares y formas de comunicación que contribuye al mejoramiento de la gestión institucional en este caso de la E.S.E QUILISALUD.

Figura N°3. Organigrama Qulisalud ESE



Fuente: Oficina de Planeación y Calidad

4.5 MAPA DE PROCESOS

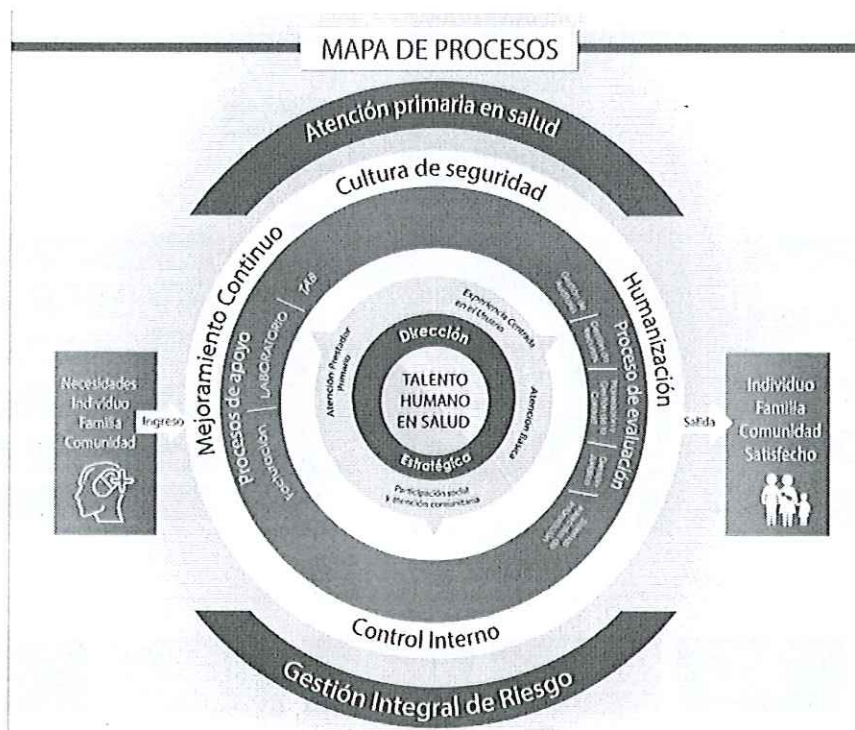
El modelo de operación por procesos se clasifica en:

- Estratégicos
- Misional
- Apoyo

Los cuales están representados en el mapa de procesos así:

Figura N°4. Mapa de procesos Quilisalud ESE

fel



Fuente: Oficina de Planeación y Calidad

4.6 MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

4.6.1 Enfoques y estrategias

La ESE Quilisalud adopta las estrategias y enfoques de la política de atención integral en salud definidos en el modelo de acción integral territorial en salud – MAITE – que vienen siendo pensados en el marco estratégico de lo que antes llamábamos MIAS.

Dichas estrategias son consideradas cruciales para implementar así cualquier intervención en salud que se plantee con un enfoque de garantía de la integralidad y la humanización de los servicios de salud; dichos procesos estratégicos estandarizados son:

b) Atención primaria en salud.

La atención primaria en salud en Colombia es adoptada a partir de la resolución 1438 de 2011. Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicios de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema en salud.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de servicios de salud.

Por lo anterior como institución trascendemos a generar unas acciones específicas de atención extramural, si no de ir más allá del ejercicio de atención primaria bajo los componentes definidos generando fortalecimiento de instancias de participación comunitaria como son la liga de usuarios.

c) Gestión integral del riesgo en salud

La gestión integral del riesgo en salud es la estrategia transversal de la política de atención integral de salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir intervenir desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de la misma hasta intervenir en procesos como diagnóstico oportuno, tratamiento pertinente, rehabilitación e inserción social de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un nuevo mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y sostenibilidad del sistema.

d) Enfoque diferencial de derechos

del

El enfoque de diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de violencia, entre otras situaciones que las ubican en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados de salud.

e) Enfoque de cuidado de la salud – Educación para la salud

El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

La anterior estrategia tiene sentido en la ESE Quilisalud desde la operación de acción de educación para la salud que permita así incidir en procesos de autocuidado.

4.6.2 Procesos asistenciales

La ESE QUILISALUD como manera de dar respuesta a lo que hoy normativamente se pide y además en el sentido misional de aportar al bienestar de la población Quilichagueña viene desarrollando el modelo de atención integral en salud MAIQUI.

El modelo de atención integral de la ESE QUILISALUD – En sus siglas MAIQUI, busca ordenar la prestación de servicios para propender por la garantía de la atención integral de las personas, las familias y las comunidades adscritas a nuestra institución.

En el marco de la política de atención integral en salud estamos llamados al fortalecimiento institucional que cumpla con lo definido en el modelo de acción territorial en salud a nivel nacional; es por esto, que como institución venimos realizando adelantos desde el año 2017 y fortaleciendo desde el 2020 las adecuaciones necesarias de nuestro modelo de prestación de servicios que cumpla con los requerimientos normativos actuales y además de ello que logremos dar garantías en una atención más humana y de calidad a la comunidad Quilichagueña.

MAIQUI como modelo de prestación de servicios institucional propenderá para buscar garantías tanto asistenciales como financieras buscando así favorecer los resultados de la institución que impacten finalmente en el bienestar de nuestra población.

De esta manera a la luz de nuestro modelo de prestación organizamos nuestro proceso asistencial de la siguiente manera:

Fig. 5. MAIQUI en el ámbito normativo



Cada una de nuestras líneas de acción están representadas en un equipo de trabajo interdisciplinar que permite la operación de las mismas, por lo anterior se presentan de la siguiente manera:

a. Promoción y mantenimiento de la salud:

Esta línea busca generar las estrategias de atención necesarias a los individuos y familias atendidos en nuestra institución para propender por preservar su estado de salud en el marco de las intervenciones contenidas como valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud en los diferentes cursos de vida.

Este proceso busca fortalecer la atención de la población sana en el municipio, sabemos que hoy en un modelo respondiente a la enfermedad al

Acet

talento humano en salud le cuesta pensarse desde el fortalecimiento y la promoción de la salud, elemento que hoy se rescata desde la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

De esta manera este proceso tendrá que pensarse desde un enfoque fortalecido en atención primaria en salud para incidir en cada uno de los microterritorios municipales con una estrategia real de salud familiar y comunitaria.

b. Grupos de riesgo:

Esta línea busca operativizar la estrategia de gestión integral del riesgo en salud del municipio, con el fin de propender para intervenir a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria a toda la población buscando reducir los grados de morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable. Dicha línea tiene unos grupos de riesgo definidos a la luz del plan decenal de salud pública los cuales se relacionan a continuación:

- **Dimensión 2-Habitos de vida saludable y enfermedades no transmisibles:** Mediante la promoción de la estrategia 4x4 ampliada en sesiones educativas tanto individuales como grupales pretendemos fortalecer acciones de autocuidado, de igual manera generar tamizajes mediante la estrategia "conoce tu peso saludable" para determinar e intervenir el riesgo cardiovascular. En esta dimensión intervenimos conjuntamente a los usuarios a la luz de la estrategia de gestión del riesgo del cáncer de próstata. De igual manera iniciamos el proceso de detección temprana de pacientes con EPOC con la implementación del test del MSPS para dicho objetivo.
- **Dimensión 4 – Convivencia social y salud mental:** Se ha estandarizado institucionalmente la ruta de atención de las diferentes violencias (priorizando las violencias intrafamiliares, maltrato infantil, violencia de genero con énfasis en las violencias sexuales), de igual manera las acciones definidas para activar los otros sectores involucrados en la atención integral de esta población, y los seguimientos pertinentes a brindar generando ejercicios de articulación sectorial en la garantía de la atención de las víctimas y/ sobrevivientes. De igual manera hemos desarrollado la línea de prevención de uso y abuso de SPA así como el mecanismo de garantía de atención integral, así como el trastorno mental priorizando trastornos de depresión y ansiedad.
- **Dimensión 5 – Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos:** En el marco de la dimensión 5 hemos implementado la ruta maternoperinatal a

la luz de la resolución 3280 de 2018, la cual inicia con una asesoría para fortalecer educación en derechos sexuales y reproductivos, de ahí parte la implementación de la ruta que contempla las acciones definidas en el marco de los programas: atención preconcepcional, planificación familiar, atención integral a gestantes e interrupción voluntaria del embarazo. En el desarrollo de la ruta hemos tenido logros significativos, como la reducción de brechas en la captación temprana de gestantes, acompañamiento y seguimiento efectivo a nuestras usuarias que activaron ruta IVE garantizando su ingreso a planificación familiar y el ingreso al control prenatal de usuarias en condiciones "ideales", es decir, que venían de nuestro programa de atención preconcepcional, generando para este año un aumento del 50% en captación de usuarias en atención preconcepcional.

- Dimensión 9 – Poblaciones vulnerables: Frente a esta dimensión estamos desarrollando planes estratégicos de intervenciones afectivas y adecuación de los servicios tanto en infraestructura, sistemas de información, capacidad técnica del talento humano, dotación, entre otros, a las poblaciones de primera infancia, población con discapacidad y población adulto mayor. Hemos desarrollado acciones en el marco de AIEPI, con la totalidad de nuestros equipos certificados en la estrategia, además contar con la ruta de alteraciones nutricionales en menores de 5 años como la Resolución 5406 de 2015. Frente a la población con discapacidad implementamos para toda la población el certificado de discapacidad acorde a circular 009, y tanto para esta población como para los usuarios VCA estamos en construcción de planes de atención psicosocial construidos por equipos interdisciplinarios que permitan generar el acompañamiento efectivo y necesario en la garantía de los derechos de esta población.
- Eventos de interés en salud pública: Logramos implementar el sistema de vigilancia epidemiológica que incluye enfermedades de alto interés social, en donde definimos un proceso de análisis institucional y seguimientos efectivos, dentro de dichos eventos registran: Tuberculosis, ETV, ITS gestacionales, congénitas y en población general (VIH, sífilis), violencia de género, eventos en la primera infancia (BPN, DNT aguda, IRA, EDA), eventos maternoperinatales (ITS congénitas, malformaciones congénitas, morbilidad, mortalidad, BPN) logrando operar el programa en el marco del ejercicio de sensibilización para mejorar el registro, búsquedas activas institucionales, unidades de análisis, planes de mejora y reactivación del COVE como instancia de socialización y decisión de los procesos definidos. De igual manera los grupos de riesgo están pensándose desde las prioridades en salud pública que se enmarcan en MAITE

fas

Fig No. 6. Prioridades de salud pública MAITE



c. Atención médica y odontológica con enfoque de riesgo:

Este proceso se piensa desde la atención de morbilidad general, es decir aquellos usuarios que consultan por alguna situación en proceso salud-enfermedad a quienes se les atenderá su motivo de consulta bajo un enfoque de riesgo, generando intervenciones según los factores de riesgo detectados y enrutándolos así a los otros procesos institucionales instaurados.

De esta manera se desarrolla una conciencia frente a la gestión del riesgo en los colaboradores de la institución que permita entonces mayor resolutivez de la misma impactando directamente en los niveles de bienestar de la población.

4.6.3 UNIDAD DE GESTIÓN DEL RIESGO

Fig No. 7. Roles y funciones unidad de gestión del riesgo.



La unidad de gestión del riesgo tiene como objetivo liderar la estrategia de gestión integral del riesgo en la institución fortaleciendo acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de manera transversal en los procesos institucionales, además de fortalecer el proceso de atención en los grupos de riesgo definidos.

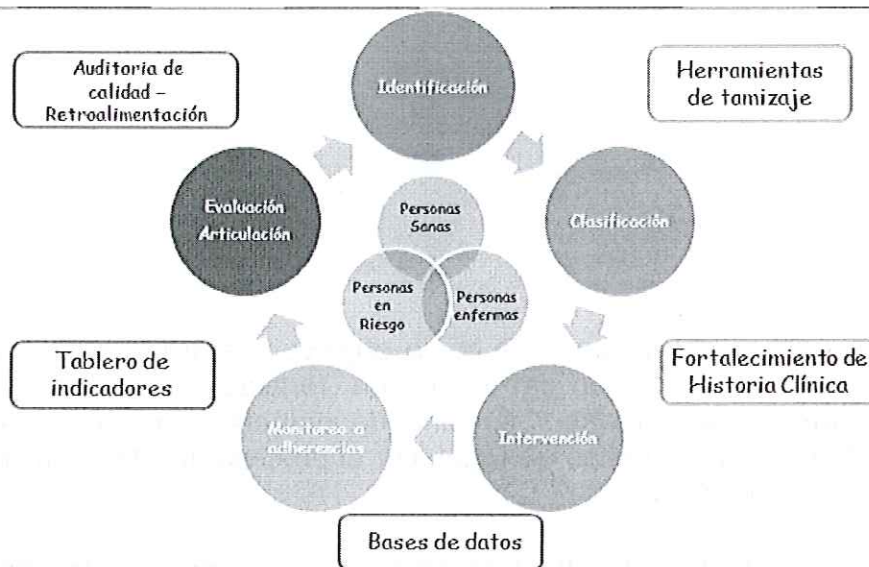
Actualmente la línea opera con una coordinadora de proceso y auxiliares de enfermería en tiempo completo que cumplen el rol de Técnicos de gestión del riesgo, de igual manera cuenta con un equipo de apoyo con tiempos itinerantes y acciones definidas estratégicamente, conformado por médico general, psicólogo clínico, trabajadora social enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, técnico en sistemas y para los casos que se requieran activar búsqueda o tener acciones en terreno, contamos con todo el equipo extramural para realizarlo, a quienes se les ha estandarizado como debe ser estos ejercicios de seguimiento de riesgo en terreno según sea el caso por el que se active búsqueda.

La unidad de gestión del riesgo de la ESE Quilisalud funciona en articulación constante con las diferentes áreas asistenciales y financieras de la institución con el fin de fortalecer procesos y definir nuevas acciones a implementar en pro del beneficio de la comunidad.

De igual manera intervenimos en las diferentes mesas intersectoriales del municipio, con el fin de definir acciones para cerrar brechas que hemos detectado, como lo ha sido en el caso de maltrato infantil frente a las medidas de protección y la activación de ruta integral de atención en casos de violencia sexual. Todo lo anterior en el marco de los desarrollos necesarios para implementar el modelo de atención integral en salud en el territorio quilichagueño.

Fig. N. 8. Ciclo de gestión del riesgo

qel



Generación de capacidades del talento humano en salud

Como la figura anterior lo evidencia el ciclo de gestión del riesgo está definido desde la gestión en salud de las personas sanas, en riesgo o con enfermedades instauradas dando un mensaje certero que siempre hay acciones por tomar para mejorar la calidad de vida de las personas pensándose desde los tres niveles de prevención.

De igual manera cuenta con fases de implementación con sus respectivas herramientas que conectan unas a otras para lograr el resultado final, sin embargo, está considerándose bajo la modalidad de ciclo, pues es constante y se debe pensar bajo un enfoque de mejoramiento.

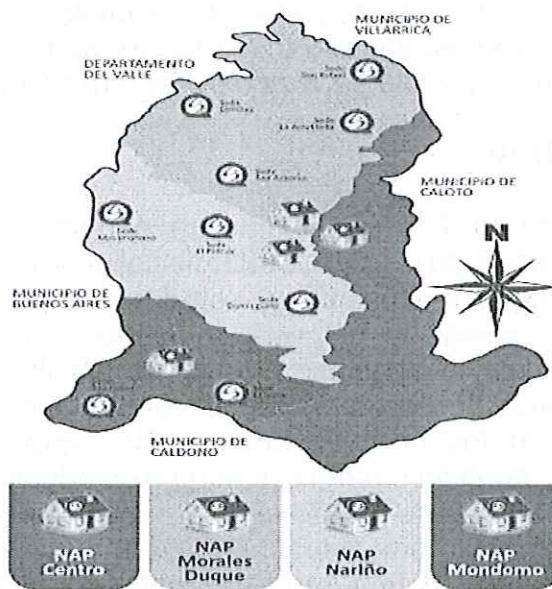
4.6.4 Modalidades operativas

Desde la claridad de las líneas de acción operativas se ha definido que la prestación de servicios se manejará en una modalidad intramural y una modalidad extramural, adecuando y transversalizando así los procesos según las necesidades del individuo, su familia y la comunidad, reconociendo así las descripciones territoriales y los entornos como un factor determinante en la prestación del servicio. Del mismo modo creando y fortaleciendo procesos de apoyo para contribuir articuladamente al desarrollo de las RIAS con todos y cada uno de los procesos pertenecientes a la institución. Velando entonces por

garantizar de forma efectiva, eficiente y eficaz las atenciones enmarcadas en las rutas hemos definido convenios estratégicos con otras instituciones para garantizar todas las tecnologías en laboratorios e imágenes, necesarias contempladas en las RIAS normadas por resolución 3280 del 2018, además de efectuar mejoras en nuestra infraestructura, y ampliar nuestro abanico de servicios, incluyendo profesionales como fonoaudiología, trabajo social, nutricionista, y en proceso de la consecución de REPS de especialidades como medicina familiar, optometría, pediatría y ginecología, necesarias para la garantía de la integralidad.

La prestación de los servicios sigue siendo mediante los núcleos de atención primaria en salud; la ESE actualmente cuenta con 5 núcleos ubicados estratégicamente en el territorio Quilichagüño.

Fig No. 9. Distribución territorial de los NAP y puestos de atención de la ESE Quilisalud



Los NÚCLEOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (NAP), son las unidades de atención en salud en zonas de referencia definidas territorialmente desde un Centro de Salud; clasificándose así el municipio en cuatro zonas a las cuales se les delimita su área de influencia tanto desde la zona rural como urbana, los cuales cuentan con un auxiliar de enfermería como responsable de esa zona y líderes comunitarios.

Las unidades de atención en salud de QUILISALUD son:

Morales Duque, Centro, Antonio Nariño, Mondomo y unidad de atención del riesgo cada uno de ellos agrupa los diferentes puestos de salud adscritos a la institución en el área rural.

a) MODALIDAD INTRAMURAL

Cada núcleo cuenta con un equipo intramural liderado por una enfermera profesional, conformado por un grupo de atención básico del cual hacen parte el o la coordinadora de la unidad de atención que son quienes lideran el modelo en el día a día en cada uno de sus NAP según el programa asignado, que es una enfermera o enfermero profesional, facturador, Auxiliar SIAU, Auxiliar GIRS y gestor en salud además de un equipo asistencial conformado por: Un médico con énfasis en atenciones de promoción de la salud y mantenimiento de la salud, un médico con énfasis en atención de grupos de riesgo, uno o dos médicos para atenciones de morbilidad en general, auxiliar vacunación, Odontólogo, higienista y otros profesionales r como psicólogo, nutricionista y trabajo social, entre otros, que se suman a contribuir en el fortalecimiento de MAIQUI.

La telemedicina también es una modalidad que se ha implementado logrando atender a la población que no puede desplazarse a las unidades de atención en servicios como medicina general, psicología, nutrición, enfermería y trabajo social.

b) MODALIDAD EXTRAMURAL

La modalidad extramural de la ESE Quilusalud ha cambiado su forma de operativizar, se tiene organizado todo un equipo interdisciplinario que propenda por fortalecer la estrategia de atención primaria en salud que tiene como objetivo organizar y estandarizar la prestación del servicio en los microterritorios del municipio, se encuentra fortaleciéndose un equipo de auxiliares de terreno reconocidos ya por su comunidad como agentes comunitarios que permiten entonces ganar confianza en los microterritorios en los que se encuentran asignados para que con ello , también cuenta con equipo de odontología, médicos y de otras profesiones en caso de ser necesario, según la detección de necesidades evaluadas previamente. Es por esto que actualmente estamos desarrollando una caracterización poblacional, para definir nuestra población a intervenir, sus necesidades en salud y sus necesidades sentidas que intervengan en su proceso de salud enfermedad.

Es por esto que se apuesta a instaurar dos maneras de operar, las atenciones extramurales de atención de manera participativa con las diferentes comunidades en el municipio que nos permita priorizar lugares de atención diferentes a los puestos de salud rurales para llegar a los diferentes rincones pero también trabajar sobre la imagen de la visita domiciliaria no únicamente como estrategia de intervención a población con factores de riesgo detectadas si no también bajo el enfoque de atención primaria en salud enmarcada en el concepto de salud familiar y comunitaria, realizando así barridos completos casa a casa de los microterritorios

municipales acercando la prestación de servicios a las personas, familias y comunidades de Santander de Quilichao.

4.6.5 Estrategia de operativización

La estrategia de operativización del modelo de atención MAIQUI se encuentra fundamentada en el ciclo PHVA.

Fig No. 10. Ciclo PHVA.



- **Planificar:** En la etapa de planificación se **establecen objetivos** y se **identifican los procesos** necesarios para lograr unos determinados resultados de acuerdo a las políticas de la organización. En esta etapa se determinan también los **parámetros de medición** que se van a utilizar para controlar y seguir el proceso, elementos tales como indicadores y plantillas de adherencia para los procesos establecidos.

Este ejercicio en MAIQUI se inició con la construcción de un plan de acción, el cual se definió a la luz de parámetros de calidad de servicios de salud y elementos de planeación, como es ajuste de elementos de plataforma estratégica, adecuación de roles y funciones, acciones a documentar y estructurar y con ello estrategias de medición de resultados institucionales.

- **Hacer:** Consiste en la **implementación de los cambios o acciones necesarias** para lograr las mejoras planteadas. Con el objeto de ganar en eficacia y poder corregir fácilmente posibles errores en la ejecución, normalmente se desarrolla un **plan piloto** a modo de prueba o testeo.

Handwritten signature

Como conocemos en el marco del ciclo PHVA al ser cíclico diferentes elementos se van ejecutando en sus fases, se realizaron alrededor de 3 pruebas piloto para entrar a documentar lo que hoy está construido.

- **Verificar:** Una vez se ha puesto en marcha el plan de mejoras, se establece un periodo de prueba para medir y valorar la efectividad de los cambios. Se trata de una fase de regulación y ajuste.

Actualmente MAIQUI se encuentra en ese proceso operacional con resultados evidentes en el cambio del perfil epidemiológico del municipio.

Actuar: Realizadas las mediciones, en el caso de que los resultados no se ajusten a las expectativas y objetivos predefinidos, se realizan las **correcciones y modificaciones necesarias**. Por otro lado, se toman las decisiones y acciones pertinentes para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos

Mediante la metodología de plan de mejora y seguimiento a los mismos, se han establecido aclaraciones e intervenciones en el marco de la ejecución del modelo de atención de Quilisalud que nos ha permitido en la marcha ir dando una mejor operación del mismo.

5. GENERALIDADES DE LA ESE

QUILISALUD E.S.E. creada mediante Acuerdo Municipal No 036 del 4 de Enero de 1.997 como establecimiento público descentralizado con el fin de cumplir con lo ordenado en la Ley 10 de 1.990, Ley 60 de 1.993, Ley 100 de 1.993, Decreto Ley 1298 de 1.994 y el Decreto 1876 de 1.994.

Quilisalud ha orientado todos sus procesos con enfoque de atención primaria en salud, de esta manera busca garantizar atenciones oportunas, con calidad y eficiencia, centradas en EL USUARIO, SU FAMILIA Y LA COMUNIDAD. Es como a partir del año 2020 a pesar de la pandemia por covid 19, el modelo de prestación de servicios de salud de QUILISALUD se fortalece y se encamina la empresa a construir de manera participativa un Modelo basado en la Atención Primaria en salud que permita atender las necesidades de los **individuos, su familia y su comunidad en su entorno** y buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas desde una prestación de servicios que también garantice una sostenibilidad institucional, y que reconozca que la geográfica y la distribución poblacional del municipio y todas las dinámicas intersectoriales.

5.1 ANTECEDENTES

Tras la liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca incluidos sus Hospitales y Unidades dependientes prestadoras de servicios de salud la cual se dio para reorganizar la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del departamento del Cauca. Para el municipio de Santander de Quilichao se realizó la liquidación de la Unidad Nivel 1 y el fortalecimiento de Quilisalud Empresa Social del Estado.

Se fijan sus estatutos con el Acuerdo de la Junta Directiva No 001 el 25 de enero del 2.000. Su principal fuente de ingresos es la venta de servicios de salud a la población objeto del municipio de Santander de Quilichao; principalmente al régimen subsidiado que en su momento contaba con 52.476; habida cuenta que actualmente no prestamos servicio a CAPRECOM usuarios cargados a la BDUA y al municipio para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, el cual contrata EL MUNICIPIO Y EL DEPARTAMENTO con la ESE cierto porcentaje; por las zonas de influencia se atiende población pobre no asegurada PPNA.

5.2 CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

Esta conformada acorde a lo estipulado en Ley 1438 de 2011, en su ARTÍCULO 70. DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DELESTADO. La junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera: así:

- 70.1 El jefe de la administración municipal o su delegado, quien la presidirá.
- 70.2. El director de salud de la entidad municipal o su delegado.
- 70.3. Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección municipal de salud.
- 70.4. Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la junta directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

A la fecha la conformación de la Junta Directiva de la ESE Quilisalud, es la siguiente:

Tabla No. 1 Conformación Miembros de la Junta Directiva

Calidad Miembro Junta Directiva	Nombres y Apellidos
Presidente de la Junta Directiva	Luis Eduardo Grijalba Muñoz

Secretaria de Salud Municipal	Laura Margarita Ochoa Fernandez
Representante Asistencial de los Empleados	vacante
Representante Administrativo de los Empleados	Norvey Talaga Noscue
Representante de los usuarios	Maria Lenis Popayan

Fuente: Oficina de Planeación y Calidad

5.3 SERVICIOS INSCRITOS EN REPS

A continuación, se observa los Servicios declarados en la Autoevaluación REPS,

Tabla No. 2 Servicios Inscritos en REPS

CODIGO	SERVICIO	COMPLEJIDAD
310	Endocrinología	Media
312	Enfermería	Baja
320	Ginecología	Media
328	Medicina Interna	Media
329	Medicina General	Baja
330	Nefrología	Media
333	Nutrición y Dietética	Baja
334	Odontología General	Baja
335	Oftalmología	Media
342	Pediatría	Media
344	Psicología	Baja
420	Vacunación	Baja
712	Toma de Muestras de Laboratorio	Baja
728	Terapia Ocupacional	Baja
729	Terapia Respiratoria	Baja
739	Fisioterapia	Baja
740	Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje	Baja
745	Imágenes Diagnosticas – No ionizantes	Baja
748	Radiología Odontológica	Baja
749	Toma de Muestras de Cuello Uterino	Baja
1103	Transporte Asistencial Básico	Baja

Fuente : Oficina de Planeación y Calidad Quilisalud ESE

6. DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN

El diseño del Plan de Gestión de la ESE QUILISALUD, se planteó dando cumplimiento a las 5 fases, según lo dispuesto en la Resolución 710 de 2012, en su Anexo No. 1., las cuales se relacionan a continuación:

- 6.1. Fase de Preparación
- 6.2. Fase de Formulación
- 6.3. Fase de Aprobación
- 6.4. Fase de ejecución
- 6.5. Fase de evaluación

6.1 FASE DE PREPARACIÓN:

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión.

6.1.1 Fuentes de Información

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión. Las fuentes de información son tomadas: De las fuentes primarias de la ESE, que procesa cada líder de área, responsable de cada indicador y la fuente de información definidas en el Anexo No.2, de la Resolución No. 408 de 2018, las cuales se relacionan a continuación:

a) Estándares de Dirección y Gerencia

Tabla No. 3 Fuentes de información Estándares de Dirección y Gerencia

Indicador No. 1	Mejoramiento Continuo De La Calidad Aplicable A Entidades No Acreditadas Con Autoevaluación En La Vigencia Anterior.
Formula	Promedio de La Calificación De La Autoevaluación En La Vigencia / Promedio Calificación De La Autoevaluación De La Vigencia Anterior
Responsable Indicador	Gerencia, Coordinación Administrativa y Asistencial, Planeación y Calidad, Profesionales Lideres procesos Asistenciales y Administrativos
Fuente Primaria de Información	Registro de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en acreditación

del

Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Anexo Técnico: Resolución 5095 de 2018 "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.", de la vigencia evaluada y de la vigencia anterior
Indicador No. 2	Efectividad En La Auditoria Para El Mejoramiento Continuo De La Calidad De La Atención En Salud PAMEC
Formula	Relación Del Número De Acciones De Mejora, Ejecutadas Derivadas De Las Auditorías Realizadas / Total De Acciones De Mejoramiento Programadas Para La Vigencia Derivadas De Los Planes De Mejora Del Componente De Auditoría Registrados En Pamec
Responsable Indicador	Gerencia, coordinación asistencial y administrativa, Planeación y calidad, profesionales líderes de procesos asistenciales y administrativos, técnicos, personal auxiliar de áreas y servicios
Fuente Primaria de Información	fichas técnicas de indicadores, de Auditoria operativa (Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos, etc.) de las actividades priorizadas
Fuente Información Res. 408/ 2018	Superintendencia Nacional De Salud Archivo ST002
Indicador No. 3	Gestión De Ejecución Del Plan De Desarrollo Institucional O Porcentaje De Cumplimiento Del Plan Estratégico,
Formula	Numero De Metas Plan De Desarrollo Cumplidas / Numero De Metas Del Plan De Desarrollo Programadas
Responsable Indicador	Profesional Administrativa, Proceso Contable, Proceso de Cartera, Área de Almacén, Coordinación Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, gerencia, coordinación administrativa, asistencial, planeación y calidad
Fuente Primaria de Información	Informe de cumplimiento de Actividades por cada línea estratégica
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Informe Del Responsable De Planeación De La Ese. De Lo Contrario, Informe De Control Interno De La Entidad. El Informe Como Mínimo Debe De Contener El Listado De Las Metas Del Plan Operativo Anual Del Plan De Desarrollo Aprobado Programadas En La Vigencia Objeto De Evaluación, Indicando El Estado De Cumplimiento De Cada Una De Ellas (Si/No); Y El Calculo Del Indicador

b) Estándares Área Financiera y Administrativa

Tabla No. 4 Fuentes de información Área Financiera y Administrativa

Indicador No. 4	Riesgo fiscal y financiero
Formula	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.
Responsable Indicador	Gerencia, Coordinación Administrativa, Coordinación Asistencial, Proceso Contable, Proceso Cartera, Área Almacén, Coordinación Facturación, Auditoría Cuentas Médicas.
Fuente Primaria de Información	Ingresos reconocidos, ingresos recaudados, gastos comprometidos y pagados, glosas definitivas.
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	No aplica para la ESE.; Para evidenciar que la Empresa no está en riesgo usualmente se adjunta la Resolución de categorización del riesgo emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Indicador No. 5	Evolución del gasto por Unidad de valor Relativo producida
Formula	[[Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación/No. 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/No. UVR producidas en la vigencia anterior)]
Responsable Indicador	Gerencia, Coordinación Administrativa, Coordinación Asistencial, Área Almacén, Coordinación Facturación, Auxiliar Administrativa (Estadística).
Fuente Primaria de Información	Reporte de Producción arrojada de R-Fast, ejecución gastos.
Fuente Información Res.408/ 2018	Ficha Técnica De La Pagina Web Del Siho Del Ministerio De Salud Y Protección Social
Indicador No. 6	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos
Formula	Vr. 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 mecanismo electrónicos/Vr. total de adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada
Responsable Indicador	Gerencia, Almacén, Coordinación Administrativa, Área de Contratación, Coordinación Asistencial, Contador Público Proceso Contable y Responsable de Control Interno.

jes

Fuente Primaria de Información	Plan de adquisiciones y el valor del presupuesto asignado para los rubros de medicamentos y material médico quirúrgico con el fin de definir el valor mínimo a contratar bajo la modalidad de compras conjuntas.
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Certificación Suscrita Por El Revisor Fiscal, En Caso De No Contar Con Revisor Fiscal, Suscrita Por El Contador Y El Responsable De Control Interno De La ESE. La Certificación Como Mínimo Contendrá: 1.- Valor Total De Adquisiciones De Medicamentos Y Material Medico 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 Medico Quirúrgico En La Vigencia evaluada Por Otros Mecanismos De Compra 3., Valor Total De Adquisiciones De La ESE Por Medicamentos Y Material Medico Quirúrgico En La Vigencia Evaluada 4.- Aplicación De La Formula Del Indicador
Indicador No. 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
Formula	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratos de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto 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 la 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)
Responsable Indicador	Gerencia, Coordinación Administrativa, Área de Contratación, Coordinación Asistencial, Supervisores e Interventores de Contratos, Proceso Contable.
Fuente Primaria de Información	Nómina, Contratos por la prestación de servicios como son agremiaciones sindicales y OPS.
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Certificación Suscrita Por El Revisoría Fiscal, En Caso De No Contar Con Revisor Fiscal, Suscrita Por El Contador Que Como Mínimo Contenga El Valor De Las Variables Incluidas En La Fórmula Del Indicador Y el Cálculo Del Indicador
Indicador No. 8	Número de informes de análisis de la prestación del servicio de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de las 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
Formula	Utilización de información de Registro individual de prestaciones –RIPS

Responsable Indicador	Coordinador Facturación, Facturador, Coordinador Asistencial, Profesionales de la Salud, Auxiliar Administrativa
Fuente Primaria de Información	Historias clínicas, facturas, Software e-medico
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Informe Del Responsable De Planeación De La O Quien Haga Sus Veces, Soportado En Actas Sesión De La 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 Presento El Informe 2.- Actas De Junta Directiva
Indicador No. 9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo
Formula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado 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)
Responsable Indicador	Gerencia, Coordinación Administrativa, Coordinación de Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Coordinación Asistencial, Cartera, Almacén.
Fuente Primaria de Información	Informe de Facturación de cuentas radicadas, ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos, Conciliación de Presupuesto, cartera y contabilidad en cuanto a ingresos recaudados.
Fuente Información Res. 408/ 2018	Ficha Técnica De La Página Web Del Siho Del Ministerio De Salud Y Protección Social
Indicador No. 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
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente
Responsable Indicador	Calidad, Coordinadora Asistencial, Coordinadora Administrativa, Contadora Pública Responsable del Proceso Contable, Cartera, Auxiliar Administrativa, Coordinadora de Facturación.
Fuente Primaria de Información	Listado de Usuarios atendidos arrojados desde Sistema de Información e-medico Información arrojada desde Precont, Estados Financieros, Libros Auxiliares.
Fuente Información Res. 408/ 2018	Superintendencia Nacional De Salud
Indicador No. 11	Oportunidad en el 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 u Protección Social, o la norma que la sustituya.

fel

Formula	cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación
Responsable Indicador	Calidad, Coordinación de Facturación, Coordinadora Asistencial, Coordinadora Administrativa, Contadora Pública Responsable del Proceso Contable, Cartera, Auditoría de Cuentas Médicas, Auxiliar Administrativa, Área de Contratación, Área de Almacén, Área Jurídica.
Fuente Primaria de Información	Informes de producción, indicadores de calidad, remisiones, Balance General, Estado de Actividades, Pasivos, Facturación, Cartera, Contratación Externa y Procesos Judiciales.
Fuente Información Res. 408/ 2018	Ministerio De Salud Y Protección Social

c) área Gestión Clínica y Asistencial

Tabla No. 5 Fuentes de información Área clínica o asistencial

Indicador No. 21	Proporción De Gestantes Captadas Antes De La Semana 12 De Gestación
Formula	Número 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 objeto de evaluación
Responsable Indicador	enfermera de gestión del riesgo(GIRS), coordinación asistencial, médicos,, auxiliares GIRS, auxiliares de enfermería intra y extramurales, coordinación extramural, coordinadora promoción y mto de la salud, facturadores, laboratorio clínico, vacunación, salud oral y demás servicios involucrados en la RIA materno perinatal
Fuente Primaria de Información	Historia Clínicas y Base de datos trazabilidad programa CPN
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Informe Comité De Historias Clínicas Que Como Mínimo Contenga: Listado Con La Totalidad De Mujeres Gestantes Identificadas por la ESE en La Vigencia Objeto De Evaluación y Que Indique Si Se Inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, La Semana De Gestación Al Momento De La Inscripción Y Si Fue Valorada Por Medico; Aplicación De La Formula Del Indicador
Indicador No. 23	Evaluación De Aplicación De Guía De Manejo Especifica: Guía De Atención De Enfermedad Hipertensiva
Formula	No. HC 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 HC auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación
Responsable Indicador	Enfermera gestión del riesgo, coordinadora promoción y mantenimiento de la salud, coordinación asistencial, médicos, auxiliares girs, enfermería intra y extramurales, coordinación extramural, de la salud.
Fuente Primaria de Información	Historia Clínicas
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Informe 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 Indicados
Indicador No. 24	Evaluación De Aplicación De Guía De Manejo De Crecimiento Y Desarrollo
Formula	No. de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación /No. 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 objeto de evaluación.
Responsable Indicador	coordinadora promoción y mantenimiento, coordinación asistencial, médicos, enfermera Girs, auxiliares girs, auxiliares de enfermería intra y extramurales, coordinación extramural, de la salud.
Fuente Primaria de Información	Historia Clínicas
Fuente De Información Según Res. 408/ 2018	Informe 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 Formula Del Indicadores.
Indicador No. 26	Tiempo promedio de espera para asignación cita de medicina general
Formula	Sumatoria de la diferencias días calendario en la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de 1ª vez y la fecha en la cual el usuario solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/No. total de citas de medicina general de 1ª vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.
Responsable Indicador	Coordinadora Asistencial, Coordinador Facturación, central de cita, Auxiliares GIRS, SIAU.

del

Fuente Primaria de Información	Programa de R-Fast. "Agenda Médica "
Fuente Información Res. 408/ 2018	Ficha Técnica De La Página Web Del Siho Del Ministerio De Salud Y Protección Social

Fuente: Creación Propia ESE

6.2 FASE DE FORMULACIÓN:

6.2.1 Diagnóstico Inicial Vigencia 2020 – 2023

Se realiza un Diagnóstico inicial de la ESE, para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz de la Res. 408/2018, correspondiente a la vigencia 2020 a 2023.

Este diagnóstico muestra las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente, de tal manera que permita conocer a la nueva Gerencia, desde donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la ESE, mediante las actividades que se plantean más adelante.

Dicho diagnóstico fue elaborado por la Gerencia, el área asistencial, planeación y Calidad, el área Administrativa y Financiera.

- a) **Estándares de Dirección y Gerencia (20%):** Muestra el Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Indicador No. 1 Mejoramiento continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Tabla No.6 Evaluación Cuantitativa Indicador No.1

Indicador No. 1	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Mejoramiento continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de la	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		1,47	1,49	1,51

en la vigencia anterior.	autoevaluación de la vigencia anterior			
Línea Base	1.4			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación cualitativa: En este diagnóstico se debe aclarar, que los estándares del Sistema Único de Acreditación, además, de la autoevaluación cualitativa donde se identifican fortalezas y oportunidades de mejoramiento, también realiza autoevaluación de tipo cuantitativo que implica tres dimensiones: ENFOQUE se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar; La dimensión IMPLEMENTACIÓN: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución y la dimensión RESULTADOS: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Resultado de evaluaciones:

Al revisar los soporte de autoevaluación de acreditación, observamos que la autoevaluación de la vigencia 2021,2022 y 2023 se realizó aplicando el anexo técnico de la Resolución 123 de 2012 y resolución 5095 de 2018 o sea el manual de acreditación versión en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.01, obteniendo un calificación de: 1.47, 1.49 y 1.51 respectivamente; para la vigencia 2020 se realizó bajo el anexo de la también bajo la resolución 5095 de 2018, obteniendo un resultado de 1,27. Se observa también que la calificación dada por la Junta Directiva para las vigencias fue de (3), tal como se registra en las Actas de evaluación de cada año según informe radicado de Plan de Gestión, mas no fue evaluado por la Junta Directiva y se evidencia el cumplimiento de la meta en los tres años evaluados.

- Indicador No. 2 Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud

Tabla No.7 Evaluación Cuantitativa Indicador No 2

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/número	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023

Calidad de la atención en salud	de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	90%	100%	100%
Línea Base	90%			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: El PAMEC, es una herramienta de mejoramiento que permite a la ESE, alcanzar cada vez más, estándares superiores de calidad, según los resultados obtenidos en los periodos de evaluación se observa que para la vigencia 2021 se dio cumplimiento a la meta establecidas para el indicador con un cumplimiento del 90%, con respecto a la vigencia 2022 y 2023 y este resultado es constante de 100%, dando cumplimiento a la meta establecidas para las vigencias evaluadas. Reportando la superintendencia nacional de salud como CUMPLIMIENTO.

- Indicador No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional

Tabla No. 9 Evaluación Cuantitativa Indicador No 3

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/ Numero de metas del plan operativo anual programados en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		100%	100%	100%

Línea Base	90%	
------------	-----	--

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 20123 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación cualitativa: La evaluación del Plan de Desarrollo se ejecutó bajo la medición del cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual, formulados por el Gerente y su Equipo de trabajo, facilitando la integración de esfuerzos para garantizar el cumplimiento de las metas.

Para las vigencia 2020 a 2023, se propusieron 49 metas en el PDI "Quilisalud somos todos", las cuales se cumplieron en su totalidad cada vigencia, es de aclarar que en los planes operativos anuales de una vigencia a otra variaron las actividades a cumplir, ya que si en una vigencia ya se había cumplido la meta, en la siguiente no se ejecutaron.

b) **Estándares de Gestión Financiera Y Administrativa (40%):** Muestra la Gestión que la ESE realizó en la administración de los recursos, que garantizaron la adecuada prestación de servicios de salud.

- **Indicador No. 4** Riesgo fiscal y financiero

Tabla No. 10 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 4

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
Línea Base	Sin riesgo	No aplica	sin riesgo	sin riesgo

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

jal

Evaluación cualitativa: Se define de acuerdo a la Categorización de la ESE, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para las vigencias evaluadas se observa que el resultado obtenido para el indicador fue “sin Riesgo”, lo que permitió el cumplimiento de la meta establecida, cabe destacar que para la vigencia 2021 no se realizó categorización debido a la emergencia sanitaria por covid-19.

- Indicador No. 5 Evolución del gasto por Unidad de valor Relativo producida.

Tabla No. 11 Evaluación Cuantitativa Indicador No 5

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Evolución del gasto por Unidad de valor Relativo producida	[[Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación / Numero 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 UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	<0,90	<0,90
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		0,92	1.04	1,09
Línea Base	0.97			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación cualitativa: Lo que se pretende medir con este indicador es la optimización del gasto frente a la producción.

De acuerdo al comportamiento para la vigencia 2021 a 2023, se puede evidenciar que la ESE no cumplió con la meta definida para cada una de ellas y por el contrario

se refleja un incremento de la vigencia 2022 a la vigencia 2023, para la vigencia 2021 estuvo a 2 puntos de cumplir con la meta, sin embargo no se logró

- Indicador No. 6 Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos

Tabla No.12 Evaluación Cuantitativa Indicador No 6

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o 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 mecanismo electrónicos /valor total de adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		0,77	0,96	0,94
Línea Base	0.84			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

fac

Evaluación Cualitativa: La ESE realizó la adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico y otros insumos haciendo uso de mecanismos de compras conjuntas, dando cumplimiento a la meta del indicador durante las tres vigencias con empresas sociales del estado como Cxayu'ce jxut y Norte 1.

Su observándose un incremento de la vigencia 2022 y 2023 con respecto a la vigencia 2021, igual se cumplió con la meta establecida.

- **Indicador No. 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.

Tabla No.13 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 7

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
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	Vr. de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratos de servicios, con corte a 31 diciembre de la vigencia objeto evaluación/(Vr. 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 la evaluación) - (Vr. 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 diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Cero(O) variación negativa	Cero (0) variación negativa
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		0	0	0
Línea Base	0			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2021 – 2022 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Este indicador mide la eficiencia en los pagos al personal, independiente de su forma de vinculación. Se observa un cumplimiento en la Meta planteada para las tres vigencias 2021 a 2023, dado por la oportunidad en el pago de las obligaciones salariales.

- Indicador No. 8: Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.

Tabla No. 14 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 8

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Utilización de información de Registro individual de prestaciones –RIPS	Numero de informes de análisis de la prestación del servicio de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de las 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	4
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		4	4	4
Línea Base	4			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2024 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Se realizó la presentación de informes a la junta directiva, según lo estipulado en la Circular 242 del 15 de julio de 2014, expedida por la Secretaria de Salud Departamental, se observa que se dio cumplimiento a la Meta en las Vigencias, según lo registrado en la Evaluación realizada por la Junta, se presentaron 4 informes de RIPS dentro de la vigencia.

- Indicador No. 9 Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo.

Tabla No. 15 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 9

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	Vr. de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el Vr. recaudado de CXC de vigencias anteriores)/Vr. de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye	≥ 1	≥ 1	≥ 1
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		1,12	1,01	1,06

	el Vr. comprometido de CXP de vigencias anteriores)			
Línea Base	1,02			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2021 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Este indicador muestra la relación entre ingresos recaudados totales y gastos comprometidos desde el orden presupuestal. Se observa que para las vigencias evaluadas, se dio cumplimiento a la meta establecida, lo que significa que los ingresos recaudados han cubierto los gastos comprometidos.

- Indicador No. 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.

Tabla No. 16 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 10

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
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 o oportuno de los informes, en términos de la normativa vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento o dentro de los términos previstos
Línea Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reportó información relacionado con indicadores de calidad y financieros

a la Superintendencia Nacional de Salud semestralmente, se observa que se dio cumplimiento a la meta establecida por la Gerencia

- Indicador No. 11 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Dto. 2193/2004 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 u Protección Social, o la norma que la sustituya.

Tabla No. 17 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 11

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Dto. 2193/2004 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 u Protección Social, o la norma que la sustituya.	cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Línea Base	Cumplimiento dentro de los términos previstos			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: La ESE dió cumplimiento a las fechas establecidas para el cargue de la presentación de informes, establecidos tanto por la Secretaria Departamental del Cauca, como por los entes de control.

Es por ello que se dio pleno cumplimiento con el indicador 11, al haberse presentado en forma oportuna los informes del Decreto 2193 de 2.004.

Los resultados del indicador demuestran cumplimiento tanto del estándar meta para cada año (cumplimiento dentro de términos previstos), según la resolución 710 de 2.012, modificada por las resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2.018.

Jaef

- Indicador No. 21 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Tabla No. 18 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 21

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
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 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 objeto de evaluación	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		59%	74%	69%
Línea Base	0,67%			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Al revisar los resultados de este indicador, se evidencia que durante las tres vigencias no se dio cumplimiento a la meta establecida.

Además de ello se observa que se presentó un decrecimiento de la vigencia 2021 y 2023, se observa un crecimiento en el indicador mejora en el 2022 que fue dada por la construcción de una Ruta, que garantizará los derechos sexuales y reproductivos, socialización del programa y de la ruta materno perinatal, más las estrategias establecidas para captación.

- Indicador No. 23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

Tabla No. 19 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 23

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
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 la evaluación	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		93%	99%	99%
Línea Base	0,90			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Los resultados del indicador demuestran cumplimiento a la meta establecida por la Gerencia para cada una de las vigencias.

Se evidencia un resultado mayor por encima de la meta establecida, como consecuencia de: La auditoria rigurosa de los profesionales por parte de una auditora medica, la estandarización del proceso para la de atención integral de pacientes con hipertensión arterial, el diseño de una ruta de atención, basada en la gestión integral del riesgo, que incluye tanto aspectos clínicos, como administrativos; además se conformó un equipo de atención interdisciplinar para la población con este diagnóstico, buscando mejorar la adherencia a las correctas prácticas de atención clínica.

jal

- Indicador No. 24 Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

Tabla No. 20 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 24

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
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 les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del 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 objeto de evaluación.	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		92%	96%	99%
Línea Base	0,89			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Los resultados del indicador demuestran cumplimiento a la meta establecida por la Gerencia para cada una de las vigencias con aumento paulatino.

Para la vigencia 2022 y 2023, la ESE reforzó la ruta de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida incluido lo referente a primera infancia e infancia este elemento tiene una relación directa con ajustes en la manera de operar la ruta desde

las tecnologías requeridas, la historia clínica y el perfil del talento humano en salud que la opera por esto se observó variabilidad positiva en el indicador para esta vigencia. Actualmente el proceso está constituido y socializado con el equipo asistencial.

- **Indicador No. 26** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.

Tabla No. 21 Evaluación Cuantitativa Indicador No. 26

Indicador	Fórmula indicador	METAS ESTABLECIDAS		
		2021	2022	2023
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencias de días calendario en la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 3	≤ 3	≤ 3
		RESULTADOS POR VIGENCIA		
		Año 2021	Año 2022	Año 2023
		1	1	1,2
Línea Base	1			

Fuente: Trazabilidad Plan de Gestión 2020 – 2023 Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación Cualitativa: Una vez revisada la información se observa que para las tres vigencias la ESE dio cumplimiento a la meta establecida.

En las vigencias 2023 se presenta una declinación en el tiempo de espera para la asignación de citas médicas pasando de 1 a 1,2 día , la oportunidad en la atención, sin embargo esta en el umbral óptimo.

Se mejoró el sistema de asignación de citas, seguimiento a las agendas medicas diariamente observando un incumplimiento o cancelación de las citas asignadas a

feet

los usuarios y eran reemplazadas por los profesionales o los auxiliares de enfermería, se logró implementar la línea exclusiva para whatsapp, sin embargo hace falta mas educación al usuario para el correcto manejo de esta tecnología en los horarios establecidos para asignación.

6.2.2 DEFINICIÓN METAS

A continuación, se presenta para cada una de las areas y los indicadores, las metas, las cuales se encuentran definidas en la Resolución 408 de 2018, además de las acciones para lograr la meta, así como los responsables de ejecutar las acciones planteadas para la vigencia 2024 a 2027

6.2.2.1 Gestión de Dirección y Gerencia (20%):

En esta área se realiza el proceso de Autoevaluación de Acreditación de la ESE, la efectividad en el proceso de implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y por último, la gestión de la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, para cada vigencia.

a) Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

La Autoevaluación de Acreditación, busca identificar el grado de implementación niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, en este indicador la ESE seguirá realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables, por el Grupo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, aplicando el Anexo Técnico de la Resolución 5095 de 2018 Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y. Hospitalario de Colombia versión 3.1".

Tabla No. 22 Metas Indicador No. 1

Indicador No. 1	Mejoramiento continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.			
Formula	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior			
META	1,2			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027

	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$
--	------------	------------	------------	------------

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Para cada vigencia se elaborara el plan de acción del ciclo de preparación para la Autoevaluación de Acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 5095 de 2018.
- Teniendo en cuenta el nivel y la capacidad instalada de la ESE, se conformará el Grupo de Autoevaluación, acorde con los estándares aplicables a la ESE.
- Capacitar a los miembros del comité de los equipos de autoevaluación en la metodología.
- Realizar la calificación acorde a la hoja radar en cuanto a Enfoque, Despliegue y Resultado (Evaluación cuantitativa)
- Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora (Evaluación cualitativa)
- Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados
- Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen.
- Definir las acciones de mejora que permitan cerrar la brecha o garantizar la continuidad de los procesos estandarizados.
- Socializar los resultados de la Autoevaluación con los líderes de procesos.
- Realizar la evaluación de cumplimiento de acciones

Responsable: Gerencia, Coordinadora Asistencial y administrativo, Líderes de Procesos y oficina de Planeación y Calidad.

b) Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

El PAMEC, es el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, a través del cual la ESE, define mecanismos de evaluación y mejoramiento sistemático, a partir de la calidad observada con respecto a la calidad esperada, los procesos que se priorizan parten del Resultado de Autoevaluación del Sistema único de Acreditación, con el fin de garantizar a los usuarios servicios de calidad y humanizados.

Tabla No. 23 Meta Indicador No. 2

fel

Indicador No. 2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud			
Formula	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 de auditoría registrados en el PAMEC			
META	100			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	> 0,90	> 0,90	> 0,90	> 0,90

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Se basa de acuerdo en los resultados de la Autoevaluación de Acreditación
- Priorizar los Procesos de acuerdo con base a: Costo, Riesgo y Volumen
- Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación
- Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas
- Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.
- Realizar la retroalimentación a los líderes de procesos, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.
- Consolidar y presentar informe Semestral

Responsable: Gerencia, Coordinadora Asistencial y administrativo, Líderes de NAP, Líderes de Procesos, líder Control Interno y oficina de Planeación y Calidad.

b) Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional

El Decreto 1876 de 1996 establece la obligatoriedad a todas las Empresas Sociales del Estado de contar con un Plan de Desarrollo Institucional que sirva de guía al proceso de modernización de su estructura organizacional y de sus servicios. Es la carta de navegación donde se consignan las líneas de acción que vayan en concordancia con los Planes Nacionales y Territoriales.

Tabla No. 24 Meta Indicador No. 3

Indicador No. 3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional			
Formula	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/ Numero de metas del plan operativo anual programados en la vigencia objeto de evaluación			
META	100			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027

	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
--	--------	--------	--------	--------

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Diseñar el plan de Desarrollo Institucional para la Vigencia 2020 a 2023, Articulándolo con los Planes Nacionales, Departamentales y Municipales
- Presentar el documento para su Aprobación a la Junta Directiva
- Una vez aprobado Socializar el Plan de Desarrollo Institucional
- Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes de Acción Anual
- Formular planes de acción para cada vigencia
- Diseñar un Tablero de control de indicadores para garantizar el monitoreo y evaluación de cada una de las metas programadas.
- Designar líderes responsables para la ejecución de las metas estratégicas.
- Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.

Responsable: Gerencia, Coordinadora Asistencial y administrativo, Líderes de NAP, Líderes de Procesos, Líder de Control Interno y oficina de planeación y calidad.

6.2.2.2 Gestión de Financiera y Administrativa (40%)

El área financiera y Administrativa pretende evaluar la evolución del gasto en cada vigencia por unidad relativa producida, la proporción de compra de medicamentos y material médico adquiridos mediante la modalidad de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos, así como analizar el equilibrio presupuestal de la institución y el manejo de la deuda por concepto de salarios y contratación de servicios. Igualmente se evalúa la oportunidad en el reporte de la información al Ministerio de Salud y protección Social a través del Sistema de Información de Hospitales Públicos SIHO y a la Superintendencia Nacional de Salud.

a) Riesgo Fiscal y Financiero:

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

act

Tabla No. 25 Meta Indicador No. 4

Indicador No. 4	Riesgo fiscal y financiero			
Formula	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero			
META	Sin Riesgo			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Depurar la cartera con el fin de establecer información real y confiable.
- Diseñar e implementar un plan de gestión del recaudo, el cual permitirá el Mejoramiento del recaudo.
- Fortalecer el proceso de cartera, implementando estrategias para la recuperación de cartera no corriente, a través de cobros pre jurídico, jurídico y todas las alternativas permitidas por la ley.
- Contener la no generación de pasivos de corto y largo plazo
- Depurar los pasivos.
- Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar mayor productividad.
- Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.
- Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.
- Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.

Responsable: Gerente, coordinador Administrativo, Contador, Líder Facturación, Líder de Cartera, líder auditoria de cuentas Coordinadora Asistencial, Lideres NAP y Líderes de procesos.

b) Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Este indicador se evalúa el comportamiento del gasto frente a la Producción de Servicios de la vigencia, la producción se mide en Unidades de Valor relativo producidas. El indicador mide la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción, buscando el equilibrio entre ellos. Existe eficiencia cuando el crecimiento del Gasto es igual o menor que el crecimiento de la Producción al comparar dos periodos.

Tabla No. 26. Meta Indicador No. 5

Indicador No. 5	Evolución del gasto por Unidad de valor Relativo producida
------------------------	--

Formula	[[Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación / Numero 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 UVR producidas en la vigencia anterior)]			
META	0,90			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	<0,90	<0,90	<0,90	<0,90

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Revisar la capacidad instalada vs producción
- Revisión de la facturación por los servicios prestados
- Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados
- Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso (priorizando el proceso financiero)
- Realizar seguimiento trimestral de los gastos de Funcionamiento y gastos de operación y comercialización; con la finalidad de establecer controles y políticas de austeridad que contribuyan a mejorar el indicador
- Establecer puntos de control en los procesos financieros y productivos
- Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto.
- Realizar gestión que permita incrementar servicios contratados, tarifas y análisis de modalidad de contratación que permita mejorar el flujo de recursos

Responsable: Gerente, Profesional Administrativo, Contador, Líder Facturación, Líder de Cartera, Coordinadoras Asistencial.

- c) **Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). Compras conjuntas. b). Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c). Compras a través de mecanismos electrónicos.**

Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación Administrativa y la contratación pública.

jal

Tabla No. 27. Meta Indicador No. 6

Indicador No. 6	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: (a) Compras conjuntas, (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado; (c) Compras a través de mecanismos electrónicos			
Formula	Vr. 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 mecanismo electrónicos / Vr. total de adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada			
META	0,70			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	> 0,70	> 0,70	> 0,70	> 0,70

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas:

- Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos con otras ESE's.
- Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos a través de mecanismos electrónicos, los cuales se pueden realizar por el SECOP o el portal de Colombia Compra eficiente.
- Actualización del Estatuto de contratación, donde se incluyan los mecanismos de compra establecidos en el indicador
- Implementar metodología de control y seguimiento

Responsable: Gerente, Profesional Universitario del área Administrativa, Asesor Jurídico, Líder Almacén

d) 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

Este indicador muestra el cumplimiento de la ESE frente a los compromisos laborales y los Servicios personales Indirectos y la variación de la deuda con respecto al periodo anterior.

Tabla No. 28. Meta Indicador No. 7

Indicador No. 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
------------------------	--

Formula	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratos de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto 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 la 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)			
META	0			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	0 o variación negativa	0 o variación negativa	0 o variación negativa	0 o variación negativa

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Gestionar los recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.
- Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.
- Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos

Responsable: Gerencia, Líder de Cartera, Profesional Administrativo, lider de presupuesto, contadora y Lider de Talento Humano.

e) Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud, los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador, del usuario que recibe los servicios, los servicios propiamente dichos, el motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa. Es una herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios.

Tabla No. 29. Meta Indicador No. 8

Indicador No. 8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones –RIPS
------------------------	---

Formula	Numero de informes de análisis de la prestación del servicio de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de las 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			
META	4			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	4	4	4	4

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Estandarizar el proceso de generación y evaluación de RIPS
- Realizar diagnóstico del actual sistema de información y tomar las acciones asociadas.
- Revisar la base de datos y actualizar la parametrización de los módulos del sistema de información para evidenciar total implementación.
- Socializar, sensibilizar y retroalimentar a todo el personal involucrado en el óptimo registro de la información.
- Procesar, validar y analizar el dato.
- Los informes de RIPS deben presentarse a la Junta Directiva de forma individual y oportuna, que permita tomar acciones tendientes a mejorar la prestación de servicios de salud, y de insumo para la contratación de personal y contratación con las EAPB, entre otros. →
- Garantizar que el informe contenga la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo el perfil epidemiológico, las frecuencias de uso de los servicios y evaluar las acciones para redireccionar el cumplimiento de acciones de salud pública.
- Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, incluir la realización de planes de mejoramiento con base en el análisis y resultado obtenido
- Garantizar la presentación de los informes de RIPS a la Junta Directiva, dentro de la vigencia evaluada, con presentación de informe de forma bimensual”.

Responsable: Gerencia, líder de Facturación, Planeación y Calidad y Auxiliar Estadística.

f) Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Este indicador mide el equilibrio presupuestal total de la ESE, entre los Ingresos recaudados totales y los Gastos comprometidos totales del periodo a evaluar incluyendo las Cuentas por Cobrar y por Pagar de Vigencias Anteriores, esto determina el excedente y/o déficit de caja de la Entidad en el periodo a evaluar.

Tabla No. 30. Meta Indicador No. 9

Indicador No. 9	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
Formula	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado 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)			
META	1,0			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Maximizar la productividad de la capacidad instalada.
- Implementar un proceso de costos para obtener información para la toma de decisiones gerenciales.
- Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento.
- Implementar un Plan de Austeridad del Gasto: Cero Desperdicio.
- Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.

Responsable: Gerente, Profesional Administrativo, Contador, Líder Facturación, líder de Cartera, Líder de Costos, Coordinadora Asistencial.

g) 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.

Este indicador se refiere a la oportunidad en la entrega de la información sobre el cumplimiento de la circular única que se tiene que presentar a la Súper Intendencia de Salud.

Tabla No. 31. Meta Indicador No. 10

Indicador No. 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
Formula	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente

qaf

META	cumplimiento			
	2024	2025	2026	2027
Metas Establecidas	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Establecer tableros de control para cumplir con los términos de entrega en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.
- Condensar archivos
- Seguimiento permante de la presentación de los informes de la Circular única, teniendo en cuenta la periodicidad de cada informe por parte del Jefe de Control Interno.

Responsable: Gerencia, Ingeniero de sistemas, Profesional Administrativo, lider de atención al usuario, Líder de Planeación y calidad y Jefe de Control Interno.

h) Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Es el Cumplimiento de la entrega de información basado en el decreto 2193 del 2004, estos informes se presentan algunos de forma trimestral otros semestral y un consolidado anual, donde se reportan información de tipo Financiero, de Calidad, Producción y Recurso Humano.

Tabla No. 32. Meta Indicador No. 11

Indicador No. 11	Oportunidad en el 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 u Protección Social, o la norma que la sustituya.			
Formula	cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación			
META	Cumplimiento dentro de los términos previstos			
	2024	2025	2026	2027

Metas Establecidas	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
--------------------	---	---	---	---

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Realizar socialización y seguimiento a través del tablero de control de informes y responsables, presentando en comité de Calidad la información objeto de reporte.
- Conciliar la información de manera permanente entre las áreas financiera, administrativa y asistencial cada trimestre.
- Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.

Responsable: Gerencia, Auxiliar Estadística, coordinador Administrativo y financiero, Líder de Planeación y Calidad, Coordinadora asistencial y Líderes de programas.

6.2.2.3 Gestión Clínica o Asistencial (40%):

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales de la ESE, dentro de los cuales se encuentra los servicios de Consulta Externa, Urgencias, Rutas integrales de Salud, Apoyo Diagnóstico, de baja complejidad y portafolio de servicios habilitados en el REPS, encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

a) Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.

Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso, oportunidad y continuidad en la atención de las gestantes, a las actividades definidas en la Ruta Materno Perinatal de las madres captadas e inscritas en el programa materno..

Tabla No. 33. Meta Indicador No. 21

Indicador No.21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación			
Formula	Número 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 objeto de evaluación			
META	70			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85	≥ 0,85

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Incluir en el programa de capacitaciones sobre la Ruta Materno Perinatal
- Verificar la adherencia a la Ruta Materno Perinatal
- Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación e inscripción oportuna de gestantes
- Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes
- Continuar con la revisión de la totalidad de exámenes y verificar la inscripción a la ruta materno perinatal
- Capacitar continuamente al personal asistencial con incidencia en el proceso en torno de la ruta materno perinatal
- Realizar reporte trimestral de la captación de gestantes y de los resultados del indicador, con el fin de tomar acciones preventivas
- Continuar con el reporte mensual de información a la Secretaría de Salud Departamental de la base de datos de gestantes, que permita la consolidación y seguimiento de congruencia entre la información de la ESE y el Departamento para su posterior evaluación

Responsables: Coordinadoras Asistencial, Líder de programa prenatal, Líder laboratorio Clínico, Líder Extramural y demás líderes de servicios involucrados en la ruta.

b). Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.

Evalúa la aplicación estricta de los parámetros establecidos en la Ruta de Atención de Cardio -cerebro-vascular, que apliquen a la ESE, según su nivel de complejidad y su portafolio de servicios.

Tabla No. 34. Meta Indicador No. 23

Indicador No. 23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva			
Formula	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 la evaluación			
META	90			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018.

Acciones Planteadas

- Incluir en programa de capacitaciones la Ruta Cardio-cerebro-vascular
- Verificar la conformidad de la revisión periódica de la base de datos de hipertensión y su actualización permanente.
- Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa de Hipertensión Arterial y socializarlo en comité de historias clínicas
- Tomar acciones con base en los resultados obtenidos en el informe presentado
- Realización periódica de auditorías de historias clínicas y con base en el resultado realizar el respectivo plan de mejoramiento.
- Realización de auditorías externas que podrían ser con el acompañamiento del área de calidad de los servicios de la Secretaría de Salud Departamental con el fin de hacer seguimiento a adherencia a las guías y tener una retroalimentación de un externo más que el mero concepto del comité de historias clínicas, que no tendría como confrontar información.

Responsables: Coordinador Asistencial, Líder del programa cerebrocardiovascular, Líderes de NAP, Líder laboratorio Clínico y Líder Extramural

d). Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo:

act

Evalúa la aplicación estricta de los parámetros establecidos en las rutas de atención integral en salud: Primera infancia e infancia, que apliquen a la ESE, según su nivel de complejidad y a los servicios ofertados en el REPS.

Tabla No. 35. Meta Indicador No. 24

Indicador No. 24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo			
Formula	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del 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 objeto de evaluación.			
META	80			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Incluir en programa de capacitaciones las actividades definidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud “Programa crecimiento desarrollo” hoy primera infancia e infancia.
- Verificar la eficacia de las acciones de formación asociadas al Programa de Crecimiento y Desarrollo” hoy primera infancia e infancia.
- Realizar informe trimestral de adherencia al programa y socializarlo en comité de historias clínicas
- Tomar acciones con base en los hallazgos detectados

Responsables: Coordinadoras Punto de Atención, Líder de programa, y Líder Extramural

f) Oportunidad Promedio en la Atención de Consulta Médica General: Evalúa la oportunidad en la asignación de citas Médicas General en los NAP, que conforman la ESE.

Tabla No. 36. Meta Indicador No. 26

Indicador No. 26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
-------------------------	--

Formula	Sumatoria de la diferencias de días calendario en la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
META	3			
Metas Establecidas	2024	2025	2026	2027
	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

Fuente: Anexo Resolución 408 de 2018

Acciones Planteadas

- Fortalecer el proceso de asignación de citas medicas
- Realizar seguimiento a porcentaje de inasistencia y tomar acciones para disminuir el número
- Implementar y/o fortalecer el seguimiento de la demanda insatisfecha, y con base en los resultados realizar la mejora necesaria en las agendas.
- Verificar la eficacia de las prácticas de asignación de citas médicas por los diferentes medios.
- Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica de acuerdo al anterior análisis.

Responsables: Coordinador Asistencial, Lideres SIAU y planeación y calidad.

6.3 FASE DE APROBACIÓN

En esta fase, el Gerente de QUILISALUD ESE, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

6.4 FASE DE EJECUCIÓN

Aprobado el plan de gestión, este será ejecutado por el Gerente, lo cual comprende:

- El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

6.5. FASE DE EVALUACIÓN

6.5.1 Elaboración y Presentación del Informe de Anual

La evaluación del Plan de Gestión, por parte de la Junta Directiva de QUILISALUD ESE, se realizará acorde a los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre de cada vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año.

El informe anual de gestión el Gerente de la ESE Quilisalud, deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la ESE.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados el Gerente, podrá designar un secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Gerente de la ESE.

6.5.2 Calificación del Informe de Anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe anual de gestión.

6.5.3 Interpretación De Resultados

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en la Resolución 408 de 2018

6.5.4 Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al Gerente.

6.5.5 Recursos Contra la Decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del Gerente.

6.5.6 Criterios de Evaluación

Los siguientes son los criterios de evaluación de los indicadores del presente plan de gestión gerencial, mismos que se encuentran contenidos en la Resolución 408 de 2018, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Para constancia se firma en Santander de Quilichao, a los veinticuatro (24) días. Del mes de mayo de dos mil veinte cuatro (2024).

Ivan Ledezma Gomez
IVAN ANTONIO LEDEZMA GOMEZ
Gerente QUILISALUD ESE.