



**PLAN GESTIÓN
2020 - 2024
ESE HOSPITAL DE LA VEGA**

**DOCTORA:
VIVIANA MARCELA CLAVIJO
GERENTE**

LA VEGA, MARZO 2022

Tabla de contenido

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 1. | INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. | MARCO NORMATIVO | 4 |
| 3. | COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024 | 4 |
| 3.1. | FASE DE PREPARACIÓN | 5 |
| 3.2. | FASE DE FORMULACIÓN..... | 5 |
| 3.2.1. | ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%..... | 6 |
| 3.2.2. | ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% | 10 |
| 3.2.3. | ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%..... | 18 |
| 3.3. | FASE DE APROBACIÓN | 23 |
| 3.4. | FASE DE EJECUCIÓN | 23 |
| 3.5. | FASE DE EVALUACIÓN | 23 |

1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de del 19 de enero de 2011, emitió la Resolución 0710 del 30 de Marzo de 2012 y Resolución 743 del 15 de marzo de 2013 y la Resolución No. 408 del 15 de febrero de 2018, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 en los anexos técnicos 2, 3 y 4 y se dictan otras disposiciones, estableciendo las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

El plan de Gestión del Gerente, contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados, relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la presentación de los servicios y las metas y compromisos, en los convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, así como el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a lo anterior, se presenta el seguimiento al Plan de Gestión para el periodo de la actual gerente de la E.S.E. Hospital de la Vega, primer Nivel de complejidad, la Dra Viviana Marcela Clavijo, nombrada mediante Decreto N° 258 del 14 de mayo de 2020 y posesionada mediante Acta N° 082 del 15 de mayo de 2020.

Su diseño contó con la participación del grupo directivo, quienes recopilaron y analizaron los datos del desarrollo organizacional, administrativo, financiero y asistencial con corte a diciembre 31 de 2019, para posteriormente definir los objetivos estratégicos y las metas anuales como parte de la plataforma estratégica a formular, siguiendo la metodología del anexo 1 de la Resolución 0710 de Marzo de 2012.

2. MARCO NORMATIVO

Con el fin de contribuir al cumplimiento del Plan de Gobierno para el desarrollo de nuestro país, articulado al plan de desarrollo Departamental y Municipal, y con el fin de dar cumplimiento a las Políticas Nacionales en salud basadas en la Oportunidad, accesibilidad, Calidad y Eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se presenta el Plan de Gestión Gerencial para el periodo comprendido entre el 2020 al 2024 correspondiente al Hospital de la Vega, ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad para que sea estudiado, analizado y cumpla la fase de aprobación en los términos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

El Plan de Gestión, se elaboró teniendo en cuenta las condiciones y la nueva metodología descrita en la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, *“Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión 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”*; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas con la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de servicios.

Con la expedición de la Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece la forma de evaluar al gerente, por lo cual, se espera que a través de este Plan el Gerente establezca compromiso con la ESE en seis áreas claves

1. Gestión Clínica y resultados.
2. Gestión para con los usuarios.
3. Gestión del talento humano.
4. Gestión de la calidad y seguridad del paciente.
5. Gestión de la información.
6. Gestión financiera.

3. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

Con la implementación de la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, Resolución 743 del 15 de marzo de 2013 y Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del presente Plan de Gestión; El cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente con la Junta Directiva y los entes de control dando a conocer las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios; a través de las siguientes áreas de gestión, cuyos resultados se miden con base en los indicadores definidos:

1. Área de gestión: dirección y gerencia 20% : 03 indicadores.
2. Área de gestión: financiera y administrativa 40% : 08 indicadores.
3. Área de gestión: gestión clínica o asistencial 40% : 06 indicadores.

Se establecen un total de 17 indicadores aplicables para la ESE Hospital de la Vega, como institución prestadora de servicios de salud de I nivel de complejidad.

El Plan de Gestión se elaboró con proyecciones enmarcadas y fundamentadas en la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, que permitan garantizar una excelente prestación de los servicios de salud de la población de la Vega y Nocaima, que conforman el área de influencia de la ESE.

El Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital de la Vega, contiene en forma ordenada y coherente de acuerdo a la nueva normatividad, las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidos en el Anexo No.2 de la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013, el diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador y el establecimiento de logros o compromisos de gestión para el periodo de la gerencia.

El Plan de Gestión se diseñó con el apoyo del equipo de trabajo de la administración de modo que se puedan ejecutar en forma sucesiva y continua las siguientes cinco (5) fases:

1. Fase de Preparación
2. Fase de Formulación
3. Fase de Aprobación
4. Fase de Ejecución
5. Fase de evaluación

3.1. Fase de Preparación

La Resolución 710 de marzo de 2012, indica la metodología para la elaboración y presentación de plan de Gestión del gerente de la E.S.E., dando alcance a los respectivos anexos, compromisos, actividades; se muestran los estándares e indicadores de evaluación, los cuales son de obligatorio cumplimiento para medir la gestión y resultados de cada año del gerente en el periodo 2020 - 2024.

Se ejecutaron actividades con los equipos de trabajo, que permitieron identificar las fuentes de información para cada uno de los indicadores que se describen más adelante correspondientes a cada área de gestión, seguidamente se establecieron las líneas base para concluir con la formulación del diagnóstico y el Plan de Gestión.

3.2. Fase de Formulación

Para implementar esta fase, se tiene en cuenta criterios que se convierten en constantes frente a cada uno de los indicadores que hacen parte de la evaluación y que consisten en la descripción del

diagnóstico sobre las condiciones en las cuales se encuentra el indicador tanto cualitativamente como cuantitativamente, conociendo así desde donde se está partiendo, el logro o compromiso planteado para el periodo de gerencia, actividades a desarrollar para lograr el indicador, línea base del indicador, meta anual del indicador que corresponde al estándar establecido en la norma y que se convierte en meta de plan de gestión.

3.2.1. Área de gestión: dirección y gerencia 20%

| |
|---|
| INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR (2020) |
|---|

Diagnóstico Inicial

La E.S.E Hospital de la Vega desde el año 2018 inicio el proceso de autoevaluación con los estándares de acreditación y se realizó la autoevaluación con base en la Resolución 5095 de 2018 , lo cual permite tener un análisis comparativo de la misma en los dos años y observar el comportamiento progresivo de los estándares como parte de la cultura organizacional cuando en la vigencia 2020 se registra un resultado de 1,10 y para la vigencia 2021 de 1,10.

| CONSOLIDADO | | | |
|---|--------------------------------------|----------|----------|
| AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2021 | | | |
| Nº. Grupos | GRUPO DE ESTÁNDARES | AÑO 2020 | AÑO 2021 |
| CLIENTE ASISTENCIAL | | | |
| 1 | Derechos y Deberes | 1,08 | 1,08 |
| 2 | Seguridad del Paciente | | |
| 3 | Acceso | | |
| 4 | Registro e Ingreso | | |
| 5 | Evaluación de Necesidades al Ingreso | | |
| 6 | Planeación de la Atención | | |
| 7 | Ejecución del Tratamiento | | |
| 8 | Evaluación de la Atención | | |
| 9 | Salida y Seguimiento | | |
| 10 | Referencia y contra-referencia | | |
| 11 | Sedes Integradas en Red | 1,24 | 1,24 |
| 12 | DIRECCIONAMIENTO | 1,21 | 1,21 |
| 13 | GERENCIA | 1,21 | 1,21 |
| 14 | TALENTO HUMANO | 1,00 | 1,00 |
| 15 | AMBIENTE FÍSICO | 1,04 | 1,04 |
| 16 | TECNOLOGÍA | 1,02 | 1,02 |
| 17 | INFORMACIÓN | 1,21 | 1,21 |
| 18 | CALIDAD | 1,03 | 1,03 |

| CONSOLIDADO | | | |
|---|---------------------|----------|----------|
| AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2021 | | | |
| Nº. Grupos | GRUPO DE ESTÁNDARES | AÑO 2020 | AÑO 2021 |
| | TOTAL | 1,10 | 1,10 |

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

A pesar de implementar una nueva ruta crítica que permita evaluar las calificaciones que en la actualidad se presentan como línea base se obtiene un resultado de 1 por debajo de la meta propuesta.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 0,68 | 1,0 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|---|-------|------------|
| Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior | 1,10 | 1,0 |
| | | 1,10 | |

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA LE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Diagnóstico Inicial

Parte del seguimiento final al Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) establecido para el año 2021, en el cual se observó la formulación de las oportunidades de mejora a partir de los estándares de acreditación, donde se priorizaron 10 actividades para su desarrollo y cumplimiento en el transcurso del año. De las 10 actividades programas se logró un cumplimiento del 100% correspondiente a 10 actividades cumplidas en su totalidad.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra mantener el desempeño y cumplimiento de cada una de las acciones establecidas para las oportunidades de mejora priorizadas para cada vigencia 2021, como resultado de la implementación de la ruta crítica, base para replantear acciones y mantener fortalezas ya identificadas dentro de los procesos de la ESE.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 100% | 100% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|--|-------|------------|
| EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA LE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD | Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC. | 10 | 100% |
| | | 10 | |

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Diagnóstico Inicial

Se presenta ante la Junta Directiva el anteproyecto de Acuerdo "POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN OPERATIVO PARA LA VIGENCIA 2021 DE LA E.S.E. HOSPITAL DE LA VEGA" en donde fue aprobado por la Junta la siguiente tabla:

| % DE SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL | Nº de metas programadas | Nº de metas cumplidas al 100% |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | 36 | 47 |
| | 77% | |

Para el año 2021 y teniendo en cuenta la actualización del Plan de desarrollo Departamental se cuenta con la evaluación del Plan Operativo anual el cual tiene 47 metas programadas y 36 metas cumplidas al 100%. Por lo tanto, el total de la vigencia 2021 cuenta con 47 metas programadas de las cuales 36 metas cumplieron al 100%.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se desarrolla cada una de las actividades planteadas en el Plan Operativo Anual para la vigencia del año 2021 y así abonar con el cumplimiento de las metas de resultado del Plan de desarrollo Departamental "Cundinamarca, ¡Región que progresa!".

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2020 |
|--------------|----------|
| 65% | 77% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FÓRMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|---|-------|------------|
| GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación. | 36 | 77% |
| | | 47 | |

3.2.2. Área de gestión financiera y administrativa 40%

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Diagnóstico Inicial

El Hospital de La Vega en la vigencia 2021 conforme a lo establecido en la Resolución 856 en el artículo 6 determino suspendida la categorización del riesgo para esta vigencia hasta el termino de la emergencia sanitaria, por lo tanto y según oficio comunicado por la Dirección de prestación de servicios y atención primaria la ponderación establecida será distribuida de forma proporcional en los demás indicadores de evaluación que hacen parte de la misma área de gestión.

| Variable | Calificación |
|--|--------------|
| Año 2021 Suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria" | No aplica |

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO 2193 – Ficha técnica

Mantener las condiciones de la ESE y así garantizar que la entidad permanezca sin riesgo, esta medición se encuentra suspendida hasta el termino de la emergencia sanitaria.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|-----------|
| No aplica | No aplica |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|----------------------------|--|-----------|
| RIESGO FISCAL Y FINANCIERO | Adopción programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | No aplica |

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1)

Diagnóstico Inicial

Aplicando el indicador para la vigencia 2021 comparado con la vigencia 2020, se muestra que se está por encima del estándar establecido por la metodología, situación que se hace notoria por las dificultades existentes que se evidencian por los altos costos asumidos por el hospital frente a los incrementos de los materiales e insumos requeridos para la prestación de los servicios, falta de indicadores de control en el consumo de materiales para las actividades y de indicadores de gestión de los proveedores frente a los servicios cobrados.

El hospital viene trabajando en mejorar el proceso de costos con el fin de contar con unos indicadores de seguimiento por unidad funcional y de procesos que le permita definir por actividades la rentabilidad del ejercicio objeto de la Institución.

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL REPORTADA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SIHO
EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 2193 SEGÚN LA FICHA TÉCNICA DE LA PAGINA WEB
DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

| INDICADOR 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DICIEMBRE: 2021-2020 | |
|---|------------|
| FUENTE: Ficha técnica Decreto 2193 | |
| AÑO | RESULTADOS |
| 2021 | 16.329,75 |
| 2020 | 23.812,97 |
| RESULTADO INDICADOR | 0,68 |

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria y el cierre de servicios en la ESE Hospital de La Vega, y por disposición del Gobierno Nacional de mantener la contratación del personal se evidencia que la entidad asumió los gastos de los servicios profesionales durante el tiempo de cierre de servicios, lo cual para la entidad no generaba facturación pero si gastos, por tal razón se evidencia que el aumento del resultado de la evolución del gasto por unidad de valor relativo producido al terminar la vigencia 2021.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 1,18 | 0,68 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADO |
|--|---|-----------|-----------|
| EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1) | [[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia]/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación-, / Número UVR producidas en la vigencia anterior)] | 16.329,75 | 0,68 |
| | | 23.812,97 | |

**INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRÚRGICOS
ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS, COMPRA A TRAVÉS DE
COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O COMPRAS A TRAVÉS DE
MECANISMOS ELECTRÓNICOS**

Diagnóstico Inicial

El resultado del indicador mostrado en la evaluación calculado al corte de diciembre 31 de 2021 indica el siguiente resultado:

| Concepto | Valor |
|--|---------------|
| Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos vigencia 2021. | \$614.873.245 |
| a. compras conjuntas | \$418.883.362 |
| b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado | 0 |
| c. compras a través de mecanismos electrónicos | 0 |
| Resultado del Indicador | 68,12% |

Teniendo en cuenta los parámetros anteriormente expuestos, en la vigencia 2021 la ESE de la vega, para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico utilizó las compras conjuntas para este fin, por lo tanto obtiene un 68,12% del total de los gastos comprometidos dentro de la vigencia.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria y el cierre de servicios en la ESE Hospital de La Vega, no se logra garantizar que las compras conjuntas de medicamentos y material médico quirúrgico, este se logro en un 68,12% frente al total de compras por estos rubros al final de la vigencia 2021.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 0% | 68,12% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|--|---------------|------------|
| PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRÚRGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS, COMPRA A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS | Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico -quirúrgico en la vigencia evaluada. | \$418.883.362 | 68,12% |
| | | \$614.873.245 | |

INDICADOR 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

Diagnóstico Inicial

Teniendo en cuenta los registros contables por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios de las vigencias 2020 y 2021, se evidencia:

| DATOS | 2020 | 2021 |
|---|------|------|
| A. Deuda superior a 30 días salarios de personal | \$0 | \$0 |
| B. Deuda superior a 30 días contratación de servicios | \$0 | \$0 |
| TOTAL | \$0 | \$0 |
| DIFERENCIA | | \$0 |

Como resultado de los datos aportados desde los registros contables del sistema de información de la ESE, se muestra una variación positiva lo que determina que la línea base a tener en cuenta será de \$0.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra mantener un cumplimiento en los pagos al personal de planta en un tiempo menor a 30 días calendario, disminuir la deuda derivada de la prestación de servicios profesionales con una tendencia a cero.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| \$0.00 | \$ 0 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|--|-------|------------|
| 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 | -Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. | 0 | 0 |
| | -((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de al vigencia anterior)). | 0 | |

INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

Diagnóstico Inicial

La ESE para la vigencia 2021 muestra la presentación de cuatro informes con los resultados de la producción derivada de la prestación de servicios de salud, caracterización de la población atendida y las principales causas de consulta de la población atendida en la ESE Hospital de la Vega.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Presentar cuatro informes por cada anualidad (2020 - 2024) que contengan los resultados de la producción derivada de la prestación de servicios de salud, caracterización de la población atendida y las principales causas de consulta de la población atendida en la ESE Hospital de la Vega

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 4 | 4 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|---|--|------|
| UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTADORES - RIPS | Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios. | 4 |

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Diagnóstico Inicial

Con base en la fórmula establecida para el cálculo del equilibrio presupuestal aplicada para la vigencia 2021, se evidencia que existe un resultado favorable sobre 1,16, lo que indica que la institución cuenta con equilibrio presupuestal.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra incrementar los puntos de control que permitan la optimización y/o reducción de costos para mantener en una relación como mínimo del 100% del recaudo frente al gasto para el año 2021 y lograr un equilibrio de los ingresos recaudados frente a los gastos al final de la vigencia 2021.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 1,09 | 1,16 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|---|---|------|
| RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO | 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.) | 1,16 |

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

Diagnóstico Inicial

Se toma como línea base la entrega del año 2020, para la vigencia 2021 da un resultado oportuna de los informes en la vigencia 2021 en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud, remitidas con periodicidad semestral.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Cumplir con el reporte de indicadores establecidos en la circular única emitida por la superintendencia Nacional de salud, dentro de las fechas y periodicidad establecida para tal fin durante el periodo de la gerencia 2020 – 2024.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|-----------|
| CUMPLE | NO CUMPLE |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|--|--|-----------|
| OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA | Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente. | NO CUMPLE |

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA

Diagnóstico Inicial

Teniendo en cuenta el certificado emitido por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Técnica Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, a continuación, se registran los informes durante la vigencia 2021, las fechas en que se cargaron y si se enviaron.

| RAZÓN SOCIAL | NIV EL | PRIMER TRIMESTRE | | SEGUNDO TRIMESTRE | | TERCER TRIMESTRE | | CUARTO TRIMESTRE | | RESULTADO FINAL DE CUMPLIMIENTO |
|--------------------------|--------|------------------|----------|-------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|---------------------------------|
| | | FECHA ENTREGA | OPORT | FECHA ENTREGA | OPORT | FECHA ENTREGA | OPORT | FECHA DE ENTREGA | OPORT | |
| ESE. HOSPITAL DE LA VEGA | 1 | 01/06/2021 | Oportuno | 25/08/2021 | Oportuno | 29/11/2021 | Oportuno | 03/03/2022 | Oportuno | Cumple |

En resumen y como diagnostico se evidencia cumplimiento en los términos que establece el Decreto 2193 de 2014 para el reporte de la información, por lo tanto, se determina que la ESE Cumplió con el indicador.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Cumplir con el reporte de indicadores establecidos en el Decreto 2193 de 20014 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de las fechas y periodicidad establecida para tal fin.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| Oportuno | Oportuno |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|---|--|----------|
| OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA | 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 y Protección Social, o la norma que la sustituya. | Oportuno |

3.2.3. Área de gestión: gestión clínica o asistencial 40%

INDICADOR 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

Diagnóstico Inicial

Dentro del diagnóstico inicial se toma como base el seguimiento de la evaluación presentada en el 2021, dentro de la cual se encuentra que se realizó la búsqueda activa de gestantes y se capacitó a los profesionales en la guía de atención integral a la gestante. Se estableció como estrategia la atención a gestante todos los días. De un universo de 27 gestantes de las cuales inscritas en el programa y que se valoraron 18 gestantes antes de la semana 12.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se establece estrategias para realizar búsqueda activa de mujeres gestantes que permitió la captación del 67% de las gestantes sean valoradas e incluidas en los programas de control prenatal antes de la semana 12 de gestación.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 61% | 67% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADOS |
|---|--|-------|------------|
| PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN | Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación. | 18 | 67% |
| | | 27 | |

INDICADOR 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

Diagnóstico Inicial

No se presentaron casos en la vigencia 2021 de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE de acuerdo al seguimiento realizado a través del Programa del programa de Maternidad y paternidad responsable y a las acciones realizadas a través de la estrategia IAMI en esa vigencia.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logro garantizar que durante el periodo de la gerencia 2020 – 2024, no se presenten casos de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 0 casos | 0 casos |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|---|---|---------|
| INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE | Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación. | 0 casos |

INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Diagnóstico Inicial

Dentro del diagnóstico inicial se toma como base el seguimiento de la evaluación presentada en el 2020 y se evidencia para la vigencia 2021 que la evaluación realizada a las 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 informes que se realizaron en el año corresponde a una muestra representativa de 554 Historias Clínicas auditadas efectivamente, correspondiente a una adherencia del 91%, con un total de 502 que cumplieron con los criterios.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra evaluar la aplicación de la guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva y lograr que se evidencie una adherencia como mínimo del 90% durante el periodo de la gerencia 2020 – 2024.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 93% | 91% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATO | RESULTADO |
|--|--|------|-----------|
| EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA 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 de 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. | 502 | 91% |
| | | 554 | |

INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnóstico Inicial

Dentro del diagnóstico inicial se toma como base la última evaluación presentada en el 2020, durante la vigencia 2021 se evidencia que se realizó capacitación sobre la guía de crecimiento y desarrollo, una muestra de 462 historias clínicas se les aplicó estrictamente la resolución 3280, de las cuales cumplían con lo definido en la Resolución 3280, un total de 430 para total de 93% de adherencia

Logro o Compromiso Planteado Para El Periodo De Gerencia

Se logra evaluar la aplicación de la guía de crecimiento y desarrollo y lograr que se evidencie una adherencia del 93% durante el periodo de la gerencia 2021.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 100% | 93% |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | DATOS | RESULTADO |
|---|--|-------|-----------|
| EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENT O 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 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. | 430 | 93% |
| | | 462 | |

INDICADOR 25: PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

Diagnóstico Inicial

Dentro del diagnóstico inicial se toma como base la última evaluación presentada en la vigencia 2020; durante la vigencia 2021 en el cual se evidencia que el indicador; consolidando los resultados de los reingresos en la vigencia 2021 los cuales muestran una proporción de 0,002.

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra garantizar que la tasa de reingresos de pacientes que consultan al servicio de urgencias por el mismo diagnóstico y el mismo paciente mayor de 72 horas sea máximo de 0,03 para cada vigencia.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 0,006 | 0,002 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | RESULTADOS |
|---|---|------------|
| REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS | Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación. | 0,002 |

INDICADOR 26: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE LA CITA DE MÉDICA GENERAL

Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de médica general

Diagnóstico Inicial

Dentro del diagnóstico inicial y como seguimiento del resultado de la oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general reportado dentro de los indicadores de Calidad SIHO del primer y segundo semestre de la vigencia 2021 y se tiene como resultado:

| | | |
|---|------|-------|
| Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general | Días | 1,518 |
|---|------|-------|

Logro o Compromiso Planteado para el Periodo de Gerencia

Se logra mantener la oportunidad en la atención de consulta de medicina general menor o igual a tres días para cada vigencia.

Línea Base del Indicador

| INICIAL 2020 | AÑO 2021 |
|--------------|----------|
| 2,226 | 1,518 |

Meta Anual del Indicador

| INDICADOR | FORMULA | 2021 |
|--|--|-------|
| OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación. | 1,518 |

3.3. Fase de Aprobación

El Plan de Gestión se presenta a la Junta Directiva para su estudio, análisis, observaciones y aprobación dentro del plazo definido en la Ley 1438 de 2011, y las modificaciones solicitadas por medio de la Resolución 408 de febrero de 2018, dejando constancia de estas actuaciones mediante Acuerdo.

3.4. Fase de Ejecución

Una vez aprobado el Plan de Gestión, será ejecutado por la Gerencia de la ESE. Hospital de la Vega, desarrollando las siguientes acciones.

1. Realizar un proceso de Divulgación, socialización e interiorización en cada una de las unidades funcionales del hospital con la asignación de responsables.
2. Realizar seguimientos periódicos de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones.
3. Presentar a la Junta Directiva el Informe Anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.

3.5. Fase de Evaluación

Esta es la última fase y comprende la evaluación anual del plan de gestión. La gerencia presentará a la junta directiva el informe de gestión gerencial anual al cierre de cada vigencia, en el cual se mostrarán los logros alcanzados en cumplimiento de los indicadores, compromisos y actividades propuestas.

La evaluación se realizará de acuerdo con la matriz de calificación anexo N° 4 definido en la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, la que se anexa a este documento y que se aplicará de acuerdo con los criterios de calificación definidos en la norma ya mencionada.

El plan objeto de presentación fue formulado, cumpliendo los lineamientos de contenido y metodología definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las necesidades, las oportunidades de mejora, con el fin de que el trabajo que se va a desarrollar sea de impacto para lograr un crecimiento en el desarrollo institucional, soportado en el talento humano, los recursos físicos y tecnológicos que tiene la institución, mediante acciones de optimización y de control del gasto, sin alejarnos de la rentabilidad financiera y social, que permita el cumplimiento de la misión Institucional y el alcance de la visión.

Cordialmente,

DRA. VIVIANA MARCELA CLAVIJO
Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA
ANEXO 4. MATRIZ DE CALIFICACION PLAN DE GESTION 2020-2024

PERIODO 2021

| Area de Gestion | No. | Indicador | Resultado del periodo evaluado | Calificacion | Ponderacion | Resultado ponderado | ESTÁNDAR POR AÑO |
|-----------------------------------|-----|--|--------------------------------|--------------|-------------|---------------------|---|
| DIRECCION Y GERENCIA 20% | 1 | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | 1,00 | | 0,05 | 0,00 | ≥1.20 |
| | 2 | Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud. | 1,00 | | 0,05 | 0,00 | ≥0.90 |
| | 3 | Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. | 0,77 | | 0,1 | 0,00 | ≥0.90 |
| FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% | 4 | Riesgo Fiscal y financiero. | | | | 0,00 | Categorizada SIN RIESGO |
| | 5 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1). | 0,69 | | 0,057 | 0,00 | <0.90 |
| | 6 | Proporción de medicamentos y material medico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos | 0,6812 | | 0,057 | 0,00 | ≥0.70 |
| | 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. | 0 | | 0,057 | 0,00 | Cero (0) o variacion negativa |
| | 8 | Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS | 4 | | 0,057 | 0,00 | 4 |
| | 9 | Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. | 1,16 | | 0,057 | 0,00 | ≥1.00 |
| | 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. | NO CUMPLE | | 0,057 | 0,00 | Cumplimiento dentro de los terminos previstos |
| | 11 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya. | CUMPLE | | 0,057 | 0,00 | Cumplimiento dentro de los terminos previstos |
| GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40% | 21 | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación | 0,67 | | 0,08 | 0,00 | ≥0.85 |
| | 22 | Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE | 0 | | 0,08 | 0,00 | 0 casos |
| | 23 | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva | 0,91 | | 0,07 | 0,00 | ≥0.90 |
| | 24 | Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo | 0,93 | | 0,06 | 0,00 | ≥0.80 |
| | 25 | Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas por el servicio de urgencias. | 0,002 | | 0,05 | 0,00 | ≤0.03 |
| | 26 | Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de médica general | 1,518 | | 0,06 | 0,00 | ≤3 |

