



**HOSPITAL**  
**San Roque de El Copey**  
**E.S.E.**  
Nit: 800.119.945-1

**PLAN DE GESTION GERENCIAL  
2016-2020**



***Trabajando Por Un Modelo De Atención  
Integral En Salud***

**YAJAIRA CENITH SANJUAN RIOS**  
**Gerente**

**MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE EL  
COPEY CESAR**

**JOSE LUIS NIEVES PEREZ**

Alcalde Municipal  
Presidente Junta Directiva

**HERVIN MENDOZA**

Secretario de Salud Municipal  
Representante Estamento Administrativo

**NESTOR GALVAN DIAZ**

Representante de la Asociación de Usuarios

**SILENA SALGADO OSPINO**

Representante de los Empleados del Hospital San Roque Área de la Salud

**ASSAD RAISH GOMEZ**

Representante de los Empleados del Hospital San Roque Área Administrativa

**YAJAIRA CENITH SANJUAN RIOS**

Secretaria Técnico de la Junta Directiva

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PRESENTACION .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1. COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>2. MARCO JURIDICO.....</b>	<b>13</b>
<b>3. DIAGNOSTICO INTERNO DE LA INSTITUCION HOSPITALARIA</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>3.1. ANTECEDENTES.....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.2. REGISTRO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>3.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.4. SISTEMA DE REFERENCIA .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.5. INFRAESTRUCTURA FISICA Y DOTACION .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.6. DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD.....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.7. ATENCION CONSULTA EXTERNA.....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.8. VISIÓN.....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.9. MISIÓN .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.10. PRINCIPIOS CORPORATIVOS:.....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.11. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA ESE. ....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>4. SITUACION ACTUAL DE LA ESE .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.1. NOTIFICACIÓN COLECTIVA: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.2. VARICELA INDIVIDUAL: .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.3. VIGILANCIA INTEGRADA DE LA RABIA HUMANA: .</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>4.1.4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR/VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (VIF/VCM):</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>4.1.5. VIOLENCIA SEXUAL: .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.6. INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS ...</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>4.1.7. DENGUE: .....</b>	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.8. INTENTO DE SUICIDIO: .....</b>	¡Error! Marcador no definido.

<b>4.1.9. SUICIDIO:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.10. ACCIDENTE OFÍDICO:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.11. ZIKA:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.12. MORTALIDAD PERINATAL:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.13. SÍFILIS GESTACIONAL:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.14. ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA):</b> ¡Error! Marcador no definido.	
<b>4.1.15. BAJO PESO AL NACER</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.16. VIH/SIDA:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.17. EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN (ESAVI):</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.18. EXPOSICIÓN A FLÚOR:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.19. HEPATITIS B:</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.1.20. LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL):</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.2. NACIDOS VIVOS</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.3. MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA 2015</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.4. MORBILIDAD POR CONSULTA POR URGENCIAS 2015</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.5. MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN 2015</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4.6. MORTALIDAD 2015</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>5. AREA DE DIRECCION Y GERENCIA</b> .....	<b>15</b>
<b>5.1. Resultado de la evaluación de los Estándares de Habilitación por SV Visita de verificación realizada por la Secretaría de Salud Departamental en el año 2012.</b>	<b>18</b>
<b>5.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades No Acreditadas sin Autoevaluación en la vigencia anterior</b> .....	<b>20</b>
<b>5.3. Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</b> .....	<b>21</b>
<b>5.4. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional</b> .....	<b>45</b>
<b>6. AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b> .....	<b>45</b>
<b>6.1. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b> .....	<b>45</b>

<b>6.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida .....</b>	<b>48</b>
<b>6.3. Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Superintendencia Nacional De Salud O La Norma Que La Sustituya.....</b>	<b>53</b>
<b>6.4. 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 .....</b>	<b>53</b>
<b>6.5. Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico.....</b>	<b>54</b>
<b>6.6. Utilización de Información de Registro individual de Prestaciones RIPS.....</b>	<b>54</b>
<b>6.7. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la normatividad que los sustituya .....</b>	<b>54</b>
<b>6.8. Riesgo Fiscal y Financiero .....</b>	<b>54</b>
<b>7. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL .....</b>	<b>55</b>
<b>7.1. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>7.2. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SIFILIS CONGENITA .....</b>	<b>57</b>
<b>7.3. ADHERENCIA A LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA</b>	<b>58</b>
<b>7.4. ADHERENCIA A LA GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.</b>	<b>60</b>
<b>7.5. REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>7.6. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL.....</b>	<b>62</b>
<b>8. PRODUCCION.....</b>	<b>63</b>
<b>9. PROCESOS JURIDICOS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>10. ÁRBOL DE PROBLEMAS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>11. ÁRBOL DE OBJETIVOS .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. SERVICIOS ZONAS CORREGIMENTALES.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS HOSPITAL SAN ROQUE .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS CENTRO DE SALUD CARACOLICITO .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS CENTRO DE SALUD CHIMILA...	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 6. HORARIO DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIO.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 7. CONSOLIDADO CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS 2013 – 2016 .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 8. ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA AÑO 2015 .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 9. VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN EL TIPO DE AGRESOR.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 10. INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS SEGÚN EL GRUPO DE SUSTANCIAS	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 11. INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EL METODO UTILIZADO.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 12. NACIDOS VIVOS SEGÚN GÉNERO AÑO 2015 .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 13. NACIDOS VIVOS POR MESES AÑO 2015.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 14. VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA 2015.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 15. VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA POR URGENCIAS 2015 .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 16. VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN 2015.....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 17. CAUSAS DE MORTALIDAD 2015 .....	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 18. CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA - VERIFICACIÓN DE ESTANDARES.....	18
TABLA 19. . RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS 9 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN REALIZADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN EL AÑO 2012 .....	19
TABLA 20. RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PAMEC .....	21
TABLA 21. COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS RECAUDADOS VS EJECUCIÓN DE GASTOS COMPROMETIDOS .....	45
TABLA 22. RECAUDO VS INGRESOS.....	50
TABLA 23. RECAUDO FALTANTE VS INGRESOS .....	51

TABLA 24. COMPORTAMIENTO DEL PASIVO DURANTE LA VIGENCIA 2012-2015. ....	52
TABLA 25. COMPORTAMIENTO DE LA CARTERA DE LA ESE DURANTE LOS AÑOS 2012-2015. ....	52
TABLA 26. CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES EN TÉRMINOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE INFORMACIÓN ENVIADA SEMESTRALMENTE. ....	53
TABLA 27. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO FISCAL Y FINANCIERO .....	55
TABLA 28. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN. ....	56
TABLA 29. PROPORCIÓN DE INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIAS.....	62
TABLA 30. COMPARATIVO ANUAL DE PRODUCCIÓN DE LA ESE. ....	63
TABLA 31. RELACIÓN DE PROCESOS DEL HOSPITAL SAN ROQUE. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## LISTA DE GRAFICAS

GRÁFICA 1. CASOS NOTIFICADOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) AÑO 2015 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 2. CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) AÑO 2015.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 3. CASOS NOTIFICADOS DE VARICELA INDIVIDUAL AÑO 2015 POR MESES.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR/VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR GÉNERO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 5. CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE AÑO 2015 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 6. CASOS NOTIFICADOS DE MORTALIDAD PERINATAL AÑO 2015.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 7. NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AÑO 2015 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 8. NACIDOS VIVOS SEGÚN GÉNERO AÑO 2015 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
GRÁFICA 9. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL .....	46
GRÁFICA 10. COMPORTAMIENTO DE INGRESOS VS GASTOS .....	47
GRÁFICA 11. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UVR PRODUCIDA.....	49
GRÁFICA 12. SITUACIÓN PRESUPUESTARIA DE LA ESE (DÉFICIT-SUPERÁVIT) .....	49
GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE RECURSOS RECAUDADOS DURANTE LOS AÑOS 2012-2015 .....	50
GRÁFICA 14. COMPORTAMIENTO DEL RECAUDO VS RECAUDO FALTANTE PARA LOS AÑOS 2012- 2015.....	51
GRÁFICA 15. COMPORTAMIENTO DEL PASIVO DURANTE LA VIGENCIA 2012-2015. ....	52
GRÁFICA 16. PROPORCIÓN DE GESTANTES 2015.....	55
GRÁFICA 17. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA COMPARATIVO AÑOS 2014,2015.....	57

GRÁFICA 18. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE HISTORIAS CLINICA CON APLICACIÓN ESTRICTA DE GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA .....	58
GRÁFICA 19. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICA DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS .....	60
GRÁFICA 20. PROPORCION DE INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIAS .....	61
GRÁFICA 21. OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL .....	62

## **PRESENTACION**

El Plan de Gestión al que se refiere la Resolución 710 de 2012 con su modificación mediante la Resolución 0743 de 2013, se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de Gestión Gerencial y Estratégica, Gestión de la Prestación de Servicios de Salud y Gestión Administrativa, que sin ir en contravía de la Planeación general de la ESE, se constituye en un documento aparte, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en la Resolución 0743 de 2013.

Para la elaboración y proyección de metas del Plan de Gestión, se tomó la línea base del Plan de Gestión presentado en el cuatrienio anterior, teniendo en cuenta la última evaluación realizada. El mismo, se convirtió en un proceso que nos permite hacer una reflexión colectiva sobre la situación actual y esperada de nuestra institución, teniendo en cuenta los condicionantes que nos rodean y los recursos con que contamos, con el fin de enfocar nuestras acciones en el camino de la buena gestión y responder a las

necesidades y expectativas de nuestros clientes, internos y externos, pilares de nuestro esfuerzo e incansable trabajo.

El análisis de la información financiera y asistencial, se desarrolló por parte del equipo directivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Roque. La información consignada en las diferentes tablas y gráficas corresponde a la reportada anualmente y durante la vigencia evaluada 2012-2015, según los indicadores establecidos mediante el Decreto 2193 del año 2004, con el ánimo de realizar un análisis del comportamiento en materia de Calidad, Ingresos, Gastos, Facturación, Cartera por Deudor, Pasivos, Balance General, Producción, Capacidad Instalada, Recursos Humanos, Infraestructura y Ejecución Presupuestal.

La auto sostenibilidad de las ESES en Colombia depende entre otras, de una ajustada contratación; una adecuada facturación y un inmejorable recaudo de la venta de Servicios de Salud prestados. El cliente es el faro de la facturación, ya que son las personas más importantes en nuestra empresa, son seres humanos con sentimientos y emociones, acuden a nuestros servicios con necesidad y deseos de recibir una buena atención, nuestra obligación es satisfacerlos completamente, merecen el trato más amable y atento que le podamos dar, son el Espíritu de nuestra Entidad.

Con el presente documento pretendemos que la ESE Hospital San Roque del Municipio de El Copey Cesar, sea modelo a nivel Gerencial,, con auto sostenibilidad financiera y líder en la Implementación de Políticas de Atención Integral en Salud, para la Población de Municipio, que merecen un Servicio con Calidad, equidad, Universalidad, Solidaridad y eficiencia, convirtiéndose así en bienestar y Salud para los COPEYAN@S.

## **INTRODUCCIÓN**

Con el fin de contribuir al cumplimiento del Plan de Desarrollo del Municipio de El Copey Cesar y además para 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 “Trabajando Por Un Modelo Integral de Atención en Salud” para la E.S.E. Hospital San Roque para el período comprendido entre el 2016 al 2020, 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 presente Plan de Gestión, se realizó 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”; al igual que la Resolución No. 743 de 15 de Marzo de 2013, “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas en los procesos de planeación institucional, las metas visionadas por la alta dirección, la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, entre otros.

## **COMPONENTES DEL PLAN DE GESTIÓN**

Con la entrada en vigencia de la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, y la Resolución No. 743 de 15 de Marzo de 2013 que la modifica, ambas 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 de la E.S.E. Hospital San Roque del Municipio de El Copey ante la Junta Directiva y ante la ciudadanía en general; 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:

### **A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA**

### **B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

### **C. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

El presente Plan de Gestión, incluye los compromisos de producción de servicios, la visión en el tiempo de las metas que se pretenden alcanzar por la alta dirección, el cumplimiento oportuno de la rendición de cuentas e informes a los entes de control, seguimiento y vigilancia como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Contaduría General de la Nación, entre otros. El Plan de Gestión se elaboró con proyecciones enmarcadas y fundamentadas con la plataforma estratégica de la entidad, los principios y valores corporativos, las políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de los servicios; los cuales para éste nuevo período se deben reformular para ajustarlos a los cambios normativos, condiciones de mercado y nuevos retos que afronta la institución.

El Plan de Gestión de la E.S.E. Hospital San Roque, 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 No. 743 de 2013.
- El Diagnóstico inicial o Línea de base para cada indicador.
- El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

El Plan de Gestión se diseñó con el apoyo del equipo de trabajo (área asistencial y área administrativa) de la administración en forma tal que se pudieran 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

1. Fase de Preparación:

Se trabajó en la identificación de cada una de las fuentes de información para cada uno de los indicadores que se describen más adelante determinados en cada Área de Gestión; paso seguido fue llegar a establecer la línea base y posteriormente formular el Plan de Gestión.

2. Fase de Formulación: (Diagnóstico Inicial, Escenario Proyectado y Metas Anuales)

A. Diagnóstico Inicial: El objetivo en esta fase fue lograr establecer un diagnóstico inicial, basado en evidencias y los respectivos soportes por cada fuente en forma cuantitativa y cualitativa, tomando también como referencia el informe de gestión de 2015 y la rendición de cuentas para la vigencia 2015, permitiendo analizar cada uno de los indicadores que se muestran a continuación con corte a 31 de diciembre de 2015.

## **1. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO: PLAN DE GESTION GERENCIAL 2016-2020.**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer el marco de referencia estratégico y normativo que delimiten el campo de acción y las líneas de trabajo de la gerencia para el periodo 2016 - 2020 que alineado con el Plan de Desarrollo Institucional, fomenten la mejora y fortalezca la gestión de la entidad, dirigiéndola hacia El aseguramiento de la Calidad en Salud y la Implementación de Políticas de Atención Integral en Salud.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Producir servicios de eficientes y eficaces que cumplan con las normas de Calidad establecidas.
2. Garantizar mediante un manejo gerencial óptimo, la rentabilidad financiera de la ESE.
3. Fortalecimiento de los programas de Salud Pública, a través de la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud.
4. Satisfacer los requerimientos del entorno adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
5. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana.

## **2. MARCO JURIDICO**

**Artículo 342 de la constitución política de Colombia:** “La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales”.

**Artículo 344 de la constitución política de Colombia:** Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.

**La ley 10 de 1990:** Donde se definen algunos lineamientos para la descentralización administrativa.

**Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

**Ley 152 de 1994:** Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.

**Ley 715 2004:** define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”

**Ley 909 de 2005:** Carrera administrativa.

**Ley 1122 de 2007:** Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 1876 de 1994:** hace referencia a la plataforma jurídica de las ESE.

**Decreto 4445 de 1996:** El cual determina los requisitos esenciales vigentes de los hospitales. Las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, privada o mixta, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

**Decreto 1011 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

**Decreto 357 de 2008:** Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

**Resolución 1043 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud

**Resolución 710 de 2012:** Por medio del cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de las ESE.

**Resolución 743 de 2013:** Por medio del cual se modifica la resolución 710 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 2003 de 2014,** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

**Acuerdo 225 de 2002:** Por medio del cual se fijan las condiciones para la operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.

**Acuerdo 229 de 2002:** Por el cual se define la UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el régimen

subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado.

**Acuerdo 001 de 2002:** Mediante el cual se fija el régimen de prestaciones sociales para los empleados públicos y reguló el régimen prestacional mínimo de los trabajadores oficiales del nivel territorial.

**Ley 1438 de 2011:** por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **3. SITUACION ACTUAL DE LA ESE**

#### **3.1 AREA DE DIRECCION Y GERENCIA**

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en

relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

□ **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

□ **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

□ **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina preparada.

La acreditación en salud se entiende como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así

como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

Preparación para la aplicación a la Acreditación: para iniciarlo solamente requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar, implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados, este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en consecuencia.

**Ruta Crítica:** Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador, y cumple con los prerequisites para aplicar formalmente y ha obtenido la aprobación luego de la verificación de la habilitación.

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación, no obstante existen las posibilidades de que la institución no “pase” la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- ✓ Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento.

- ✓ Para las instituciones del Estado existen algunos incentivos adicionales en el caso de la acreditación:
- ✓ Además de beneficiarse de los procesos que regularmente se desarrollan de asistencia técnica y apoyo a sus procesos de modernización de la gestión, el Ministerio de la Protección Social adelanta dos acciones de apoyo específicas: Adicionalmente, cada año el Ministerio seleccionará una entidad pública que podrá aplicar a la acreditación a la cual se le eximirá de pagar el costo normado de tal proceso. La primera institución seleccionada fue el Hospital General de Medellín.

### **3.1. Resultado de la evaluación de los Estándares de Habilitación por SV Visita de verificación realizada por la Secretaría de Salud Departamental en el año 2012.**

El hospital san Roque no ha realizado autoevaluación cualitativa y cuantitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008. En este orden de ideas presentamos el resultado de las Autoevaluaciones y de las evaluaciones que ha realizado la Secretaría de salud Departamental en función de verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en la ESE San Roque del Municipio de Copey.

**Tabla 1. CAPACIDAD TECNICO CIENTIFICA - VERIFICACIÓN DE ESTANDARES RESULTADO DE INDICADORES CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES**

COD SERVICIO	SERVICIO	RECURSO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	DOTACIÓN Y MTO	MEDICAMENTOS Y DISP MD	PROCESOS PRIORITARIOS	H CLINICA	INTERDEPENDENCIA	REF Y C-REF	SEG A RIESGO
--------------	----------	----------------	-----------------	----------------	------------------------	-----------------------	-----------	------------------	-------------	--------------

101	GENERAL ADULTO	NC								
112	OBSTETRICIA	NC								
312	ENFERMERÍA	NC								
328	MEDICINA GENERAL	NC								
714	SERVICIO FARMACEUTICO	NC								
501	SERVICIO URGENCIA	NC								
706	LABORATORIO CLINICO	NC								
710	RADIOLOGIA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS	NC								
712	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO CLINICO	NC								
716	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA-CERVICO UTERINAS	NC								
717	LABORATORIO CITOLOGICO CERVICO-UTERINAS	NC								
905	PROMOCION EN SALUD	NC								

Fecha de revisión: 11-09-2012

Fuente: Secretaría de Salud Departamental – Oficina de IVC.

**Tabla 2. . Resultado de la evaluación de los 9 Estándares de Habilitación realizado por la Secretaría de Salud Departamental en el año 2012**

CONDICIONES	AREA TEMATICA	CUMPLE	NO CUMPLE	Nº DE CRITERIOS QUE INCUMPLE
		RECURSO HUMANO		X
	INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES-MANTENIMIENTO		X	17

DOTACIÓN-MANTENIMIENTO		X	6
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS		X	4
PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES		X	16
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES		X	5
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS		X	7
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES		X	3
SEGUIMIENTO A RIESGOS		X	6
TOTAL		9	68

Fuente: Secretaría de Salud Departamental – Informe Oficina de IVC durante el año 2012.

De acuerdo al informe de verificación de las condiciones de habilitación según el decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 realizada por los verificadores de la oficina de inspección, vigilancia y control de la Secretaría de Salud Departamental donde se revisaron las condiciones mínimas de habilitación, para el año 2012, nos encontramos un panorama para nada alentador, ya que de los 9 estándares verificados, la ESE no cumplió con ninguno, iniciando un proceso de investigación Administrativa, por incumplimiento de las condiciones de habilitación, lo que se considera un indicio de la falla en desarrollar esfuerzos para favorecer las condiciones básicas de seguridad del paciente en la institución.

Los estándares de habilitación definen el punto por debajo del cual los potenciales riesgos exceden los beneficios esperados de la atención en salud, y por lo tanto es preferible que la Atención en salud no se dé en condiciones que pueden amenazar la seguridad del paciente.

Este indicador busca evaluar en qué medida la institución cumple con las condiciones básicas requeridas y en qué medida la institución hace esfuerzos por garantizar este entorno seguro, lo cual es evidenciado tanto por las acciones que adelante ante el ente territorial para agilizar el proceso de verificación externa que ratifique las condiciones declaradas por la misma institución, como por la obtención de la certificación luego de realizado el proceso de verificación, lo cual es ejemplo del esfuerzo por ofrecer y mantener condiciones de atención en salud seguras.

Desde la vigencia 2012 y para el resto del cuatrienio la oficina de inspección, vigilancia y control de la Secretaría de Salud Departamental no realizó una nueva visita de seguimiento donde pudieran constatar el avance en cumplimiento del plan

de mejoramiento presentado por la Hospital San Roque una vez recibido los hallazgos.

### **3.1.2 Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades No Acreditadas sin Autoevaluación en la vigencia anterior**

**Indicador Evaluado:** Promedio de la calificación cualitativa y cuantitativa en desarrollo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos de la resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya.

La ESE Hospital San Roque, realizo evaluación con acreditación en la vigencia 2013 cuando elaboro el PAMEC en los términos de la resolución 2181 del 2008, en el año 2015 no se realizó nuevamente la evaluación ni el seguimiento obteniendo una línea base de cero

### **3.1.3 Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud**

**Indicador Evaluado:** Efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

La ESE Hospital San Roque ha implementado planes de mejoramiento a la calidad y el siguiente es el resultado de la evaluación del mismo.

**Tabla 3.Resultado de la Autoevaluación del PAMEC**

ESTANDARES ASISTENCIALES						
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN		
		Riesgos para cliente	No intervenir la solución representa	La no solución afecta a un número de		

<b>ESTANDARES</b>	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	externo e interno	un costo para la institución	usuarios y colaboradores	<b>TOTAL</b>
<p><b>Estándar 1.</b> La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente.</p> <p>El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</p> <p>Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>Actualizar la declaración de los derechos y deberes teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la ESE.</p> <p>Socializar y sensibilizar al cliente interno, sobre los deberes y derechos de los pacientes.</p> <p>Documentar y socializar el proceso de atención de pacientes teniendo en cuenta las condiciones del paciente descrita en este criterio.</p>	5	5	5	125
<p><b>Estándar 3.</b> La organización cuenta con un código de ética y un código</p>	<p>Actualizar y socializar el Código de Ética y el Código de buen Gobierno articulados</p>				

de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	con el direccionamiento estratégico de la institución.	2	3	3	18
<b>Estándar 5.</b> La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:	Fortalecer la política de seguridad del paciente y realizar su despliegue por todas las sedes de la institución.				125
	Fortalecer la cultura del reporte voluntario de eventos adversos,				
	Identificar los riesgos asistenciales y las barreras de seguridad.	5	5	5	
	Analizar y gestionar los eventos adversos reportados.				
<b>Estándar 6.</b> La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la	Implementar el comité de seguridad al paciente.	5	5	5	125
	Institucionalizar e Implementar el programa de seguridad del paciente, crear				

implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:	mecanismos o estrategias que permitan la medición de la cultura y clima de seguridad del paciente.				
<b>Estándar 7.</b> La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Elaborar las guías técnicas de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud, teniendo en cuenta procesos seguros prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus acompañantes en su seguridad.	5	5	5	125
<b>Estándar 8.</b> La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se	Diseñar e implementar mecanismos para garantizar el acceso de los usuarios, según sus características.	5	5	5	125

<p>evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Evaluar las barreras del acceso y desarrollar acciones de mejoramiento.</p>				
<p><b>Estándar 9.</b> En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p>	<p>Diseñar o identificar el rango de proveedores o puntos de atención en salud y las rutas de acceso.</p>	3	3	3	27
<p><b>Estándar 10.</b> Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a</p>	<p>Estandarizar y socializar con el personal asistencial y administrativo el ciclo de atención del usuario desde que llega hasta su egreso.</p>	5	5	5	125

las desviaciones.					
<p><b>Estándar 11.</b> Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.</p>	<p>Estandarizar y socializar el proceso para garantizar el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de su preferencia, que incluya la disponibilidad y la oportunidad para su atención.</p>	1	1	1	1
<p><b>Estándar 12.</b> La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad</p>	<p>Documentar el proceso de atención con base en el tiempo de los profesionales, los usuarios, la capacidad instalada, la demanda de los servicios que permita evaluar periódicamente el cumplimiento en los criterios de calidad.</p>	5	3	5	75

<p>instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>					
<p><b>Estándar 13.</b> La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p>	<p>Mejorar las fuentes de información del sistema de información para la calidad.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>
<p><b>Estándar 14.</b> La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe</p>	<p>Diseñar mecanismos para garantizar a todos los usuarios información sobre los servicios que presta,</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>

ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.					
<b>Estándar 15.</b> Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	Estandarizar el proceso de asignación de citas y autorización de las mismas, incluyendo la solicitud de exámenes de laboratorio e imagen diagnóstica en la ESE.	5	5	5	125
<b>Estándar 16.</b> Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	Estandarizar el proceso de asignación de citas, registros, admisión y preparación del paciente para la orientación sobre qué hacer durante la atención.	5	5	5	125
<b>Estándar 17.</b> Código: (AsREG2) Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	Estandarizar el proceso de información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia como: personal clave a contactar en caso de necesitar,	5	5	5	125

	<p>profesionales que realizarán el tratamiento, Ubicación en la habitación y el entorno.</p> <p>Instalar sistema de alarmas, timbres de llamado ante posible evacuación.</p> <p>Brindar alimentación a los usuarios hospitalizados.</p>				
<p><b>Estándar 18.</b> En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Actualizar las guías y protocolos de procesos asistenciales, donde se establezca los criterios del estándar</p>	5	5	5	125
<p><b>Estándar 19.</b> La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios</p>	<p>Diseñar mecanismos para identificar evaluar y dar respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.</p>	4	3	3	36
<p><b>Estándar 20.</b> La organización, de acuerdo con el</p>	<p>Diseñar mecanismos para evaluar sistemáticamente las</p>	5	5	5	125

<p>tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p>	<p>necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p>				
<p><b>Estándar 21.</b> La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>Diseñar mecanismos en la institución para identificar desde el momento del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.</p> <p>Documentar y socializar protocolos de aislamientos.</p> <p>Adecuar un espacio para aislar los pacientes.</p>	5	5	5	125

<p><b>Estándar 22.</b> Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.</p>	<p>Diseñar mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad población bajo su responsabilidad, además diseñar los procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud su población.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>
<p><b>Estándar 23.</b> Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.</p>	<p>Estandarizar el proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluya implementación desarrollo y seguimiento del mismo de acuerdo al servicio.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>
<p><b>Estándar 26.</b> El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en Imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los</p>	<p>Diseñar el proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en Imagenología incluir la implementación práctica y seguimiento de los exámenes y los</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>

exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios.				
<b>Estándar 27.</b> El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	Estandarizar un proceso de alarma para resultados críticos.	4	3	3	36
<b>Estándar 28.</b> La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, las cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	1	1	1	1
<b>Estándar 29.</b> La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los	Diseñar y aplicar estrategias que permitan evaluar los programas de promoción y prevención, acordes con los problemas más significativos de	4	3	3	36

<p>problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:</p>	<p>salud pública de la población que se atiende.</p>				
<p><b>Estándar 30.</b> La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.</p>	<p>Diseñar mecanismos donde la institución garantice al paciente y su familia que son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.</p>	4	5	5	100
<p><b>Estándar 31.</b> La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.</p>	<p>Socialización del consentimiento informado Estandarizar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, acerca de los riesgos del no tratamiento.</p>	4	3	3	36

<p><b>Estándar 32.</b> En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.</p>	<p>Diseñar una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto, privacidad y dignidad</p> <p>Contar con consultorios seguros que permitan la privacidad en la atención.</p> <p>Adecuar el área de toma de muestra ya que se carecen de algunos elementos.</p>	5	5	5	125
<p><b>Estándar 33.</b> La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente</p>	<p>Estandarizar los procesos de tratamiento, incluyendo las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.</p>	1	1	1	1
<p><b>Estándar 37.</b> La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la</p>	<p>Establecer mecanismos para la entrega de resultados en laboratorio clínico</p>	5	5	5	125

confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.					
<b>Estándar 38.</b> El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	Registrar los controles de calidad internos.	5	5	5	125
<b>Estándar 39.</b> La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos.	Documentar y socializar el protocolo de esterilización.  Estandarizar los procesos que garanticen la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario.  Implementar la cultura del reporte de infección intrahospitalaria.	5	5	5	125
<b>Estándar 40.</b> Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del	Documentar y socializar el plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo, las necesidades del paciente y su familia. Teniendo en cuenta los criterios del estándar	4	3	3	36

equipo interdisciplinario requerido para tal fin.					
<b>Estándar 42.</b> El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Estandarizar un proceso de evaluación periódica al cuidado y tratamiento del paciente, que permita medir la adherencia de las guías de atención.	5	5	5	125
<b>Estándar 43.</b> La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).	Tomar los correctivos frente a las desviaciones del estándar.	2	3	3	18
<b>Estándar 44.</b> La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el	Estandarizar los procesos para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el	5	5	5	125

<p>usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.</p>	<p>derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica.</p>				
<p><b>Estándar 45.</b> La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p>	<p>Estandarizar estrategias de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto. Teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p>	3	5	5	75
<p><b>Estándar 46.</b> La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la</p>	<p>Diseñar y estandarizar mecanismos para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información</p>	5	5	5	125

atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	consignada teniendo en cuenta los criterios del estándar.				
<b>Estándar 47.</b> La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	Socializar al cliente interno, el comportamiento del proceso de evaluación e intervención de las manifestaciones de los usuario para su mejoramiento.	3	5	5	75
<b>Estándar 48.</b> La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado	Definir un consultor crónico de un determinado servicio, teniendo en cuenta los criterios del estándar, generar estrategias que	5	5	5	125

servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	permite evaluar y controlar la situación.				
<b>Estándar 49.</b> La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios..	Definir e implementar mecanismos de evaluación de la adherencia del plan de tratamiento, teniendo en cuenta las mediciones de los indicadores de oportunidad, continuidad y efectividad.	5	5	5	125
<b>Estándar 50.</b> La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	Estandarizar el proceso de egreso del paciente, teniendo en cuenta los criterios del estándar.	5	5	5	125
<b>Estándar 51.</b> La organización	Definir un plan de coordinación con	4	3	3	36

<p>asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.</p>	<p>otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios. Teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p>				
<p><b>Estándar 52.</b> En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:</p>	<p>Estandarizar y socializar los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre servicios, instituciones, con base en los criterios del estándar.</p> <p>Implementar mecanismos para la contrarreferencia desde el nivel II de atención.</p>	5	5	5	125
<p><b>Estándar 53.</b> Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios</p>	<p>Estandarizar el proceso para las remisiones a los servicios específicos.</p>	5	5	5	125

adicionales:	Estandarizar, socializar e implementar los procesos de traslado de pacientes teniendo en cuenta los criterios del estándar.				
<b>Estándar 58.</b> Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	Estandarizar y definir la conformación de la red y diseñar para ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	1	1	1	1
<b>Estándar 59.</b> Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	Estandarizar e informar a los usuarios, sobre los servicios que brinda cada sede que integra la red, al igual que el proceso de asignación de citas.	1	1	1	1
<b>Estándar 60.</b> Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia	Diseñar e implementar los mecanismos de referencia y contrarreferencia, para asegurar la continuidad del proceso de atención de los usuarios.	3	3	3	18

entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.					
<b>Estándar 61.</b> La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	Estandarizar y socializar el proceso de monitorización de la calidad de las historias clínicas y los resultados clínicos, incluyendo análisis de eventos adversos.	5	5	5	125
<b>Estándar 62.</b> Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la	Estandarizar y socializar el proceso de direccionamiento estratégico, que incluya los logros, metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede.	5	5	5	125

<p>consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.</p>					
<p><b>Estándar 64.</b> Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención</p>	<p>Contar con un sistema de información que garantice una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, con acceso en cada sede</p>	5	5	5	125
<p><b>Estándar 69.</b> La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que</p>	<p>Establecer mecanismos que les permitan socializar a todas las sedes cualquier</p>	3	3	3	18

la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	Información que emitida desde la Gerencia.				
<b>Estándar 70.</b> La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	Estandarizar y socializar los procesos asistenciales y administrativos para evitar duplicidad de los mismos.	3	3	3	18
<b>Estándar 71.</b> La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presenta condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	Garantizar las condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	3	3	3	18
<b>Estándar 72.</b> La gerencia de la red cuenta con	Definir, documentar y socializar mecanismos de	3	3	3	18

<p>mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.</p>	<p>planeación y operativización de programas que identifiquen un mejor balance entre costos y beneficios en el uso de la tecnología teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p>				
---	--	--	--	--	--

CONCEPTO	SEMAFORIZACION	INTERVALO
No prioritario para mejorar		Menor o igual a 166
Medianamente prioritario para mejorar		Entre 28 y 48
Muy prioritario para mejorar		Mayor a 70

Fuente: Información suministrada por la oficina de Auditoría del HSR.

### 3.1.4. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016

**Indicador Evaluado:** Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

La ESE San Roque Elaboro un Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2012-2016, donde se plantearon metas, estrategias, indicadores a fin de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, previamente identificadas a través de un análisis de la situación de la institución.

## 3 AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

### 3.1 EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

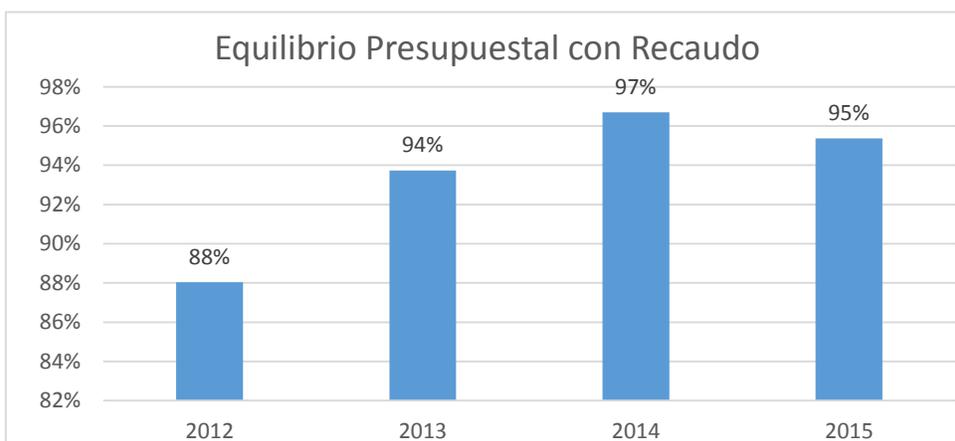
**Indicador Evaluado:** Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

**Tabla 4. Comportamiento de los Ingresos Recaudados Vs Ejecución de gastos Comprometidos**

CONCEPTO / VIGENCIA	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos Totales Recaudados</b>	3.365.322.790	3.881.802.499	3.827.507.703	3.949.490.787
<b>Ejecución de Gastos Comprometidos</b>	3.822.863.551	4.141.518.769	3.958.211.855	4.141.607.230
<b>Equilibrio Presupuestal con Recaudo</b>	0,88	0,94	0,97	0,95
<b>Déficit -Superávit</b>	-457.540.761	-259.716.270	-130.704.152	-192.116.443
<b>Porcentaje del Gasto Comprometido</b>	113,60%	106,69%	103,41%	104,86%

**GRÁFICA 1. Equilibrio Presupuestal**

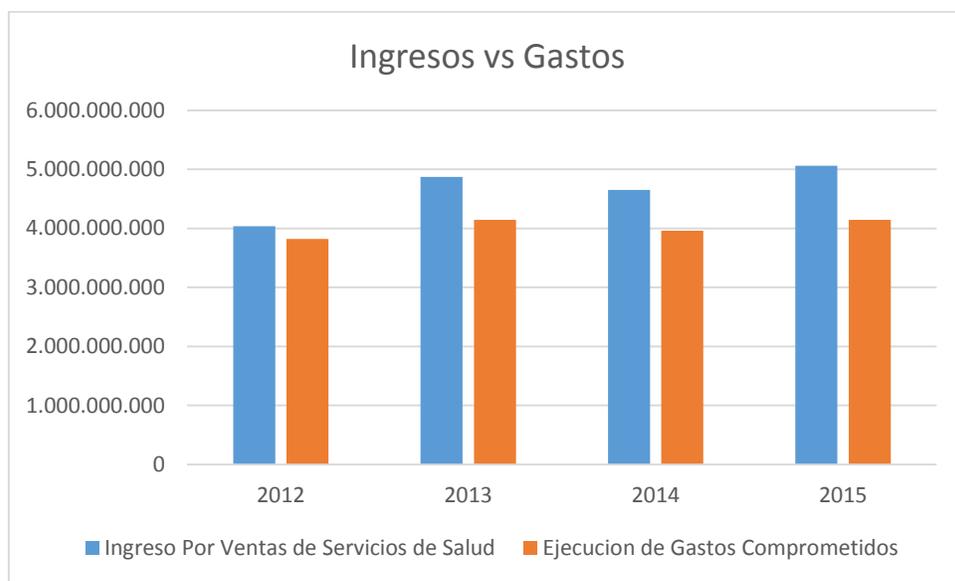
**Tabla 9.**



El resultado del equilibrio operacional por recaudo, incluyendo vigencias anteriores de la ESE Hospital San Roque de El Copey se encuentra en un 88% para el año 2012, 94% para el año 2013, 97% para el año 2014, y 95% para el año 2015; es

decir que por cada peso comprometido durante el año 2015 se contó con 95 Centavos para cumplimiento de los compromisos del gasto, generando un faltante de 0.05 centavos que corresponden a \$192.116.443 pesos, este desequilibrio se obtuvo por el no cobro de la cartera corriente. La variación con relación a las vigencias anteriores fueron de 6% para el periodo 2012-2013; para el periodo 2013-2014 fue de 3%, y -1% para el periodo 2014- 2015 respectivamente, lo cual muestra que el comportamiento fue variable positivamente para los periodos 2012-2013 y 2013-2014, para el periodo 2014-2015 la variación fue negativa debido al no cumplimiento en el Pago por parte de nuestros deudores.

**GRÁFICA 2. Comportamiento de Ingresos Vs Gastos**



Fuente: Reporte realizado al Sistema de Información SIHO

El comportamiento de los Ingresos y los Gastos para la vigencia 2012-2015, presentó la siguiente dinámica: para la vigencia 2012, por concepto de Ingresos Facturados 4.033 millones y se comprometieron gastos por 3.822 millones lo que equivale al 94.7%, dejando un excedente de \$210,8 millones; para la vigencia 2013, por concepto de Ingresos Facturados fue de \$4.869 y se comprometieron gastos por \$4.141,5 Millones lo que equivale al 85%, presentando un superávit de \$727.6 millones; para la vigencia 2014 el panorama sigue mejorando, ya que por concepto de Ingresos facturados fue de \$4.649 millones y se comprometieron

\$3.958 millones, lo que equivale al 85,1% comprometido, dejando un superávit de \$691 millones; en la vigencia 2015 podemos ver un superávit significativo, es decir unos ingresos facturados por valor de , así: \$ 5.061 millones y se comprometieron \$4.142, el 81.82% lo que arroja un excedente de 919 millones..

En la gráfica 10 podemos observar el comportamiento anual de la ejecución presupuestal en la que intervienen los Ingresos Totales Recaudados Vs ejecución de Gastos Comprometidos.

### 3.2 Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida

**Indicador Evaluado:** Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida. Estándar < 0,90

Como podemos observar en la gráfica 11, la evolución del gasto por UVR producida arroja un alto índice, lo cual explica la manera en la que se han gastado los recursos de la institución, ya que la evolución del gasto debe estar como máximo en 0,90 y tenemos 0.90 para el año 2014 y 1,07 para el año 2015 respectivamente, lo que denota que el gasto en la ESE HSR cada vez es más alto.

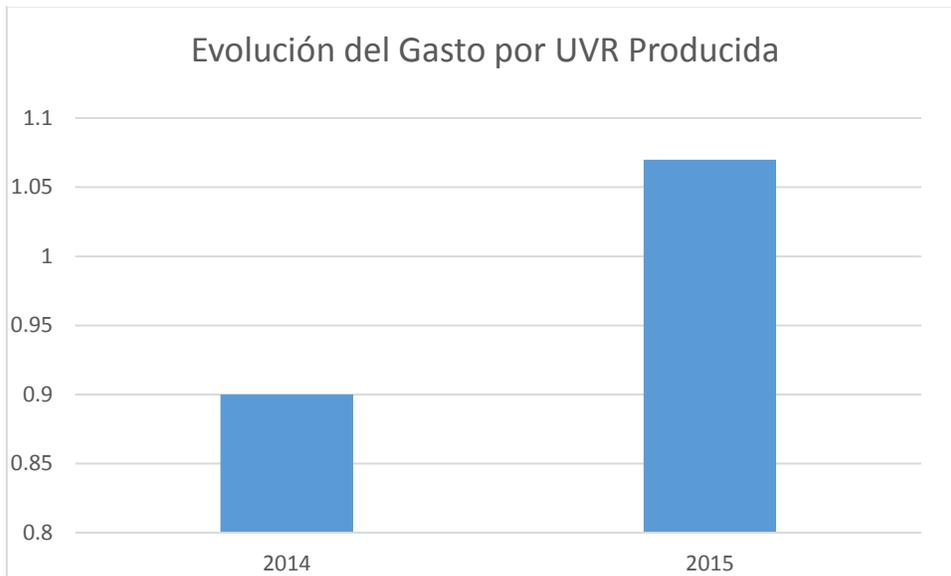
	GASTOS COMPROMETIVO-CXP	3.958.212	
EVOLUCION DEL GASTO	No UVR 2014	411.258,00	
POR UVR 2014	=		= 0,90
	GASTOS COMPROMETIVO-CXP	4.141.519	
	No UVR 2013	388.223,54	

	GASTOS COMPROMETIVO-CXP	4.141.607	
EVOLUCION DEL GASTO	No UVR 2015	377.088,21	
POR UVR	=		= 1,07
	GASTOS COMPROMETIVO-CXP	4.223.412	
	No UVR 2014	411.258,00	



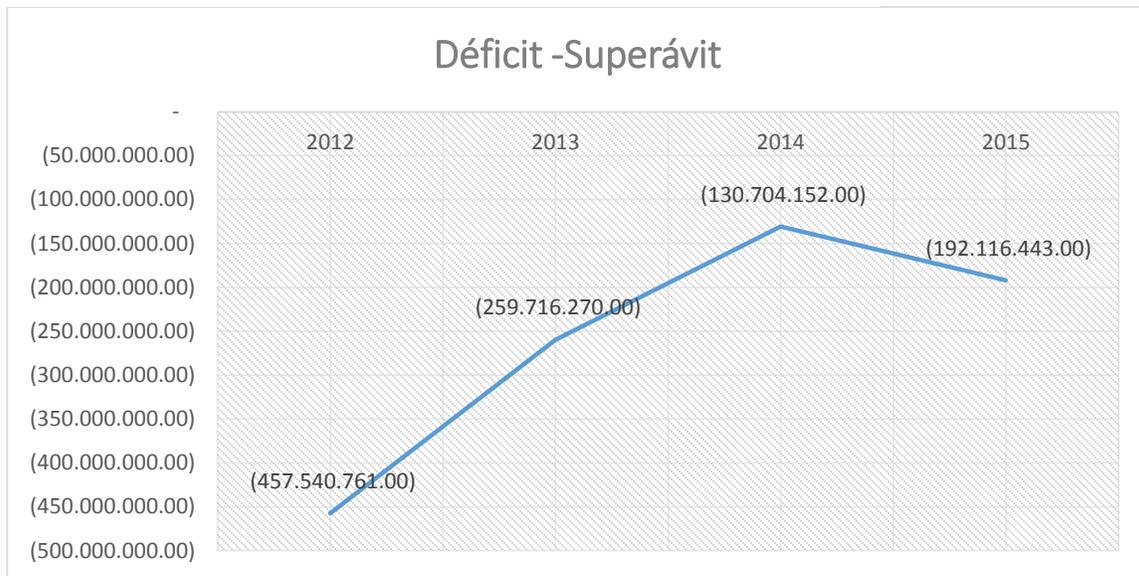
vigencia	2014	2015
Evolución del Gasto por UVR Producida	0,90	1,07

**GRÁFICA 3. Evolución del gasto por UVR producida.**

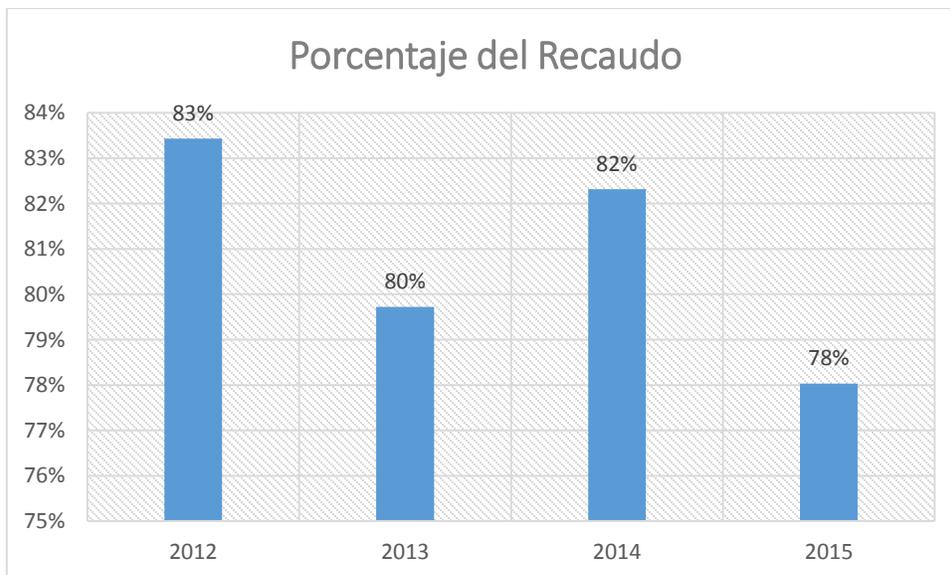


**GRÁFICA 4. Situación Presupuestaria de la ESE (Déficit-Superávit)**

*Atención Integral En Salud*



**GRÁFICA 5. Porcentaje de recursos Recaudados durante los años 2012-2015**



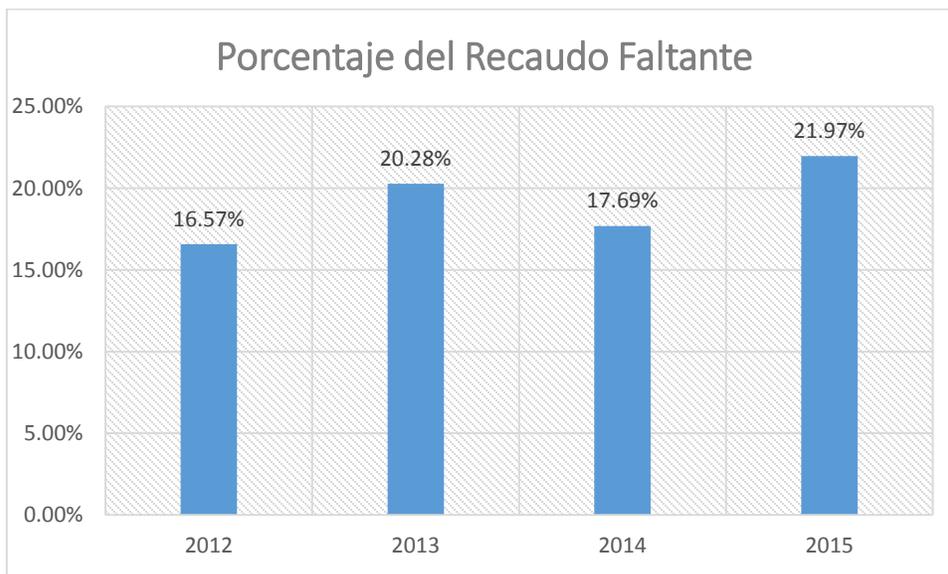
Fuente: Información Reportada al Sistema de Información Hospitalaria SIHO.

**Tabla 5. RECAUDO VS INGRESOS**

CONCEPTO / VIGENCIA	2012	2013	2014	2015
Ingreso Por Ventas de Servicios de Salud	4.033.692.764	4.869.177.540	4.649.839.415	5.061.308.585
Recaudo Por Ventas de Servicios de Salud	3.365.322.790	3.881.802.499	3.827.507.703	3.949.490.787
Porcentaje del Recaudo	83,43%	79,72%	82,31%	78,03%

En la gráfica 14. Se puede observar más claramente el comportamiento porcentual del recaudo total con respecto al ingreso por venta de servicios de salud.

**GRÁFICA 6. Comportamiento del Recaudo Vs Recaudo Faltante para los años 2012-2015**



Fuente: Información Reportada al Sistema de Información Hospitalaria SIHO.

La gráfica nos continúa mostrando el comportamiento del recaudo y nos ilustra también el recaudo faltante, el cual es equivalente a 16,57% para el año 2012, al 20,28% en el año 2013, 17,69% en el año 2014 y el 21,97% para el año 2015.

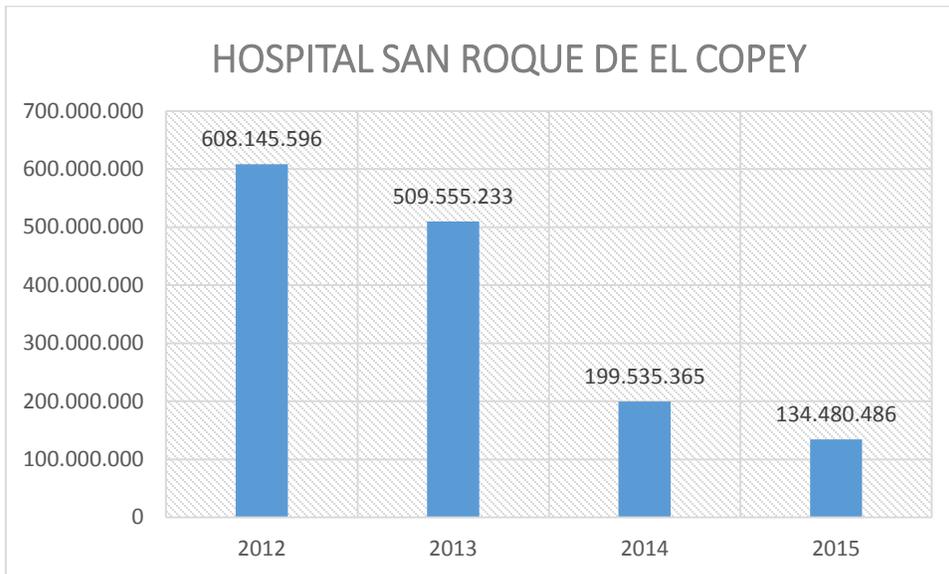
**Tabla 6. Recaudo Faltante Vs Ingresos**

<b>Ingreso Por Ventas de Servicios de Salud</b>	<b>4.033.692.764</b>	<b>4.869.177.540</b>	<b>4.649.839.415</b>	<b>5.061.308.585</b>
<b>Recaudo Faltante</b>	668.369.974	987.375.041	822.331.712	1.111.817.798
<b>Porcentaje del Recaudo Faltante</b>	16,57%	20,28%	17,69%	21,97%

**Tabla 7. Comportamiento del Pasivo durante la Vigencia 2012-2015.**

<b>NOMBRE DE LA E.S.E</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
HOSPITAL SAN ROQUE DE EL COPEY	608.145.596	509.555.233	199.535.365	134.480.486

**GRÁFICA 7. Comportamiento del Pasivo durante la Vigencia 2012-2015.**



Fuente:

Información Reportada al Sistema Fuente de Información Hospitalaria SIHO

El comportamiento del rubro de Pasivos en el hospital ha sido consecuente con el nivel de recaudo. Ya que se ha entendido la lógica entre el nivel del ingreso con respecto al gasto generado, esto manejado en términos de producción - Paciente atendido.

**Tabla 8. Comportamiento de la cartera de la ESE durante los años 2012-2015.**

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)				
Variable	2012	2013	2014	2015
Total Cartera	889.632	1.569.478	1.626.242	2.472.105
Régimen Subsidiado	452.064	871.513	794.850	1.329.643
Población Pobre No Asegurada	0	208.264	209.181	295.569
Régimen Contributivo	148.159	249.368	389.035	538.200
SOAT ECAT	102.070	146.303	151.130	178.400
Otros Deudores	187.338	94.030	82.046	130.293

### 3.3 Cumplimiento De La Circular Única Expedida Por La Superintendencia Nacional De Salud O La Norma Que La Sustituya.

**Indicador Evaluado:** Oportunidad en la entrega de la Información en cumplimiento de la Circular Única Expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya.

**Tabla 9. Cumplimiento de los informes en términos de la normatividad vigente Información enviada semestralmente.**

PERIODO				
AÑO	2012	2013	2014	2015
41	SI	SI	SI	SI
43	SI	SI	SI	SI

Fuente: Información Reportada al Superintendencia de Salud en cumplimiento de la Circular Única.

### 3.4 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

**Indicador Evaluado:** Monto de la Deuda superior a 30 Días por concepto del salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior. La ESE actualmente no cuenta con deudas superiores a 30 días por concepto del salario del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a las vigencias anteriores.

### 3.5 Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico

**Indicador Evaluado:** Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y o de mecanismos electrónicos. La ESE no ha realizado

compras de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos electrónicos.

### **3.6 Utilización de Información de Registro individual de Prestaciones RIPS**

**Indicador Evaluado:** Información de utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS. La utilización del Registro Individual de Prestaciones de servicios de salud RIPS se ha utilizado de manera adecuada, se ha realizado la presentación trimestral ante la junta directiva y el análisis del comportamiento epidemiológico del municipio, realizado con base en los RIPS (registro individual de Prestación de servicios) análisis que permite identificar la Situación en Salud y los posibles correctivos.

### **3.7 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la normatividad que los sustituya**

**Indicador Evaluado:** Oportunidad en el reporte de Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya. El reporte de la Información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 se ha venido realizando de manera oportuna, y se cuentan con los reportes exitosos de estos envíos, disponibles para corroborar en el momento deseado.

### **3.8 Riesgo Fiscal y Financiero**

**Indicador Evaluado:** Riesgo Fiscal y Financiero.

.según el reporte del decreto 2193 de 2004 y las resoluciones de los diferentes años donde se clasifican los riesgos

**Tabla 10. Categorización Del Riesgo Fiscal Y Financiero**

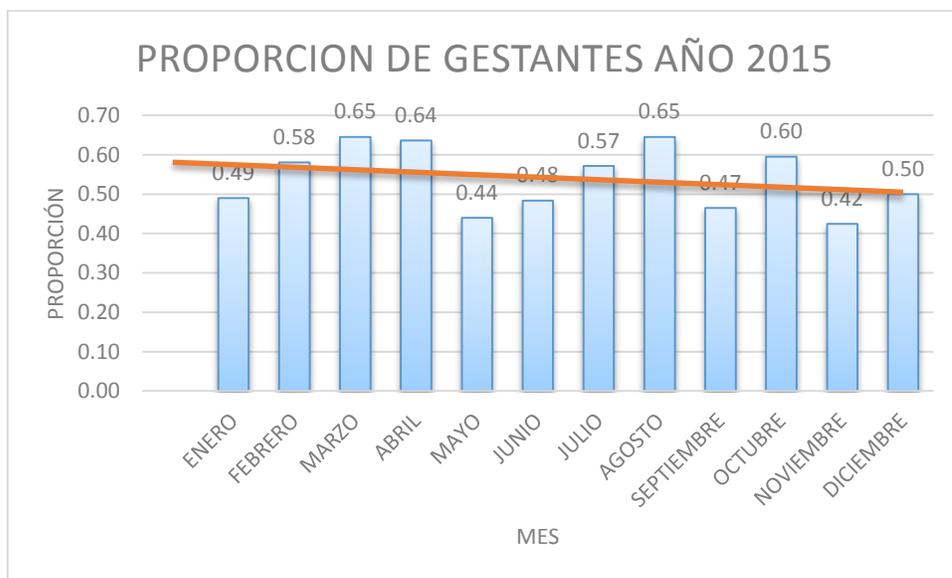
## **CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO**

Variable	2012 (Resolución_2 509)	2013 (Resolución_1 877)	2014 (Resolución_2 090)	2015 (Resolución_1 893)
<b>Categorización del riesgo</b>	Sin riesgo	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo

#### 4 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

##### 4.1 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

**GRÁFICA 8. PROPORCIÓN DE GESTANTES 2015**



Fuente: Informe de Auditoría a Historias Clínicas realizado por la Gerencia del HSR.

**Indicador Evaluado:** Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación. Estándar 0,85.

Como podemos observar en la gráfica, el comportamiento mensual de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación se encuentra muy por debajo del estándar exigido en la resolución 710 de 2012 Y 743 del 2013, el cual está en 0,85 como mínimo, la gráfica muestra que para este caso el indicador se encuentra en 0,51 para el año 2015.

Este es uno de los indicadores más significativos a la hora de evaluar las acciones de promoción y prevención dirigidas por la ESE. Por lo cual se han implementado estrategias de identificación de gestantes en el laboratorio clínico, visitas domiciliarias de sensibilización y remisión al programa de control prenatal, como también los seguimientos a gestantes e inasistentes.

En el plan de gestión durante la vigencia 2016-2020; se encuentra referenciado como prioridad fortalecer las estrategias de Atención Primaria en Salud efectivas que garanticen la promoción de derechos, la canalización a servicios de salud así como la adecuada intervención y seguimiento del riesgo comunitario en el Binomio Madre- Hijo

**Tabla 11. Proporción de Gestantes Captadas antes de la Semana 12 de Gestación.**

CAPTACIÓN CONTROL PRENATAL 2015				PROPORCION DE GESTANTES AÑO 2015
MES	PRIMER TRIMESTRE	TOTAL INSCRITAS	% CAPTACION	
ENERO	24	49	49%	0,49
FEBRERO	18	31	58%	0,58
MARZO	40	62	43%	0,65
ABRIL	28	44	63%	0,64
MAYO	22	50	44%	0,44
JUNIO	15	31	48%	0,48
JULIO	28	49	57%	0,57
AGOSTO	20	31	64%	0,65
SEPTIEMBRE	20	43	46%	0,47
OCTUBRE	25	42	59%	0,60
NOVIEMBRE	14	33	42%	0,42
DICIEMBRE	19	38	50%	0,50
TOTAL	258	503	51%	0,51

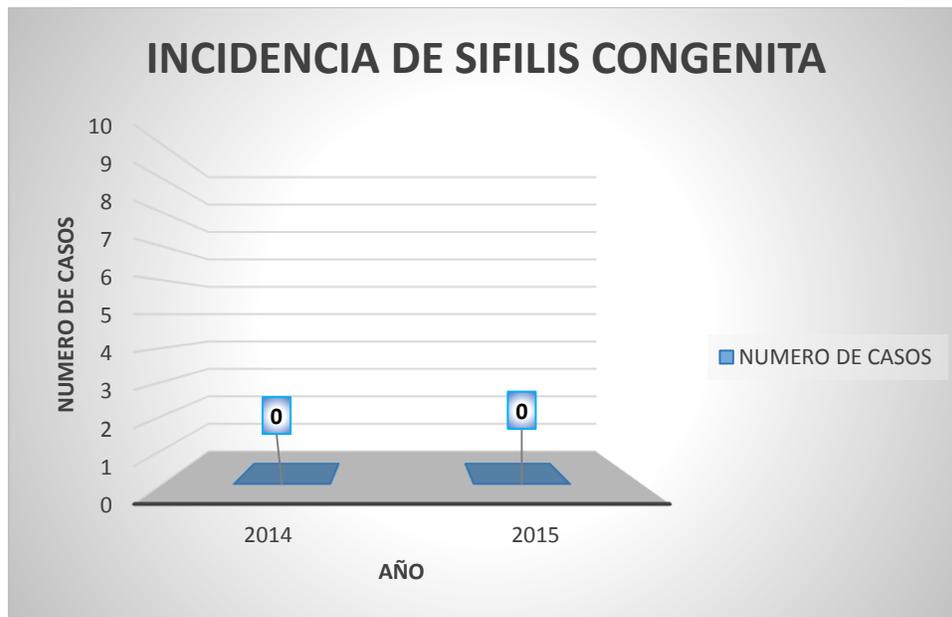
Fuente: Informe de Auditoría a Historias Clínicas realizado por del HSR.

El indicador revela una captación temprana muy por debajo del límite normal permitido, por tanto se requiere estandarizar procesos para la programación y evaluación de metas programadas con la población objeto.

## 4.2 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA SIFILIS CONGENITA

**Indicador Evaluado:** Incidencia de Sífilis Congénita Vigencia 2014, 2015. Estándar 0 casos.

**GRÁFICA 9. Incidencia de Sífilis Congénita comparativo años 2014,2015**



Fuente: Informe de Auditoría a Historias Clínicas realizado el comité de Historias clínicas del HSR.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública; existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país. El gobierno nacional en su pronunciamiento oficial determinó la sífilis congénita dentro de los tres intolerables; por tanto el compromiso

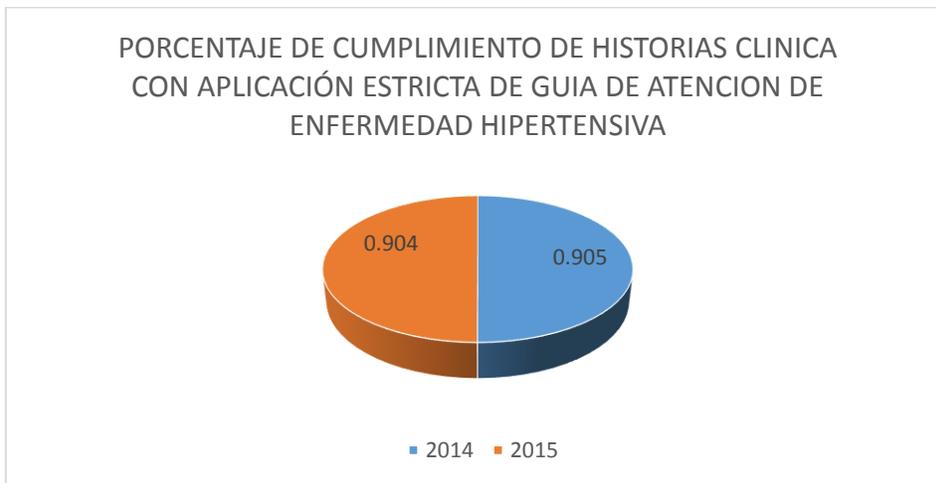
institucional implica el fortalecimiento de esquemas de detección temprana, la garantía del tratamiento oportuno y el seguimiento a patologías transmisibles durante la gestación.

En la gráfica anterior se puede observar que la incidencia de sífilis gestacional cumple con el estándar requerido, sin embargo la ESE Hospital San Roque implementa un control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportuno de la enfermedad. La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en el cumplimiento de la guía en todas las gestantes durante el control prenatal, a través de la realización de pruebas serológicas no treponema (RPR o VDRL).

#### 4.3 ADHERENCIA A LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

**Indicador Evaluado:** Evaluación de Guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva. Estándar 0,90.

**GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE HISTORIAS CLINICA CON APLICACIÓN ESTRICTA DE GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**



Fuente: Informe de Auditoría a Historias Clínicas realizado por el comité de historia clínica de la ESE San Roque.

La enfermedad Hipertensiva es una patología crónica no transmisible, con una alta proporción de complicaciones asociadas; por tanto la aplicación estricta de las guías de manejo se constituyen en el ABC de la atención a usuarios con esta afección; respondiendo con ello a las necesidades de salud de una población.

Este indicador evalúa en términos de calidad la prestación de servicios de salud en la baja complejidad de atención y la adherencia a guías por parte del personal médico y de enfermería de la ESE, se puede observar gráficamente que el cumplimiento del estándar para la vigencia 2015 es de 0,904 quedando como línea base para el siguiente cuatrienio. Actualmente según auditorías realizadas por las diferentes EAPB, las Historia Clínica del Programa de HTA (sistematizada) de la ESE, no cumple con los parámetros e indicadores, establecidos en las Resoluciones 0412 de 2000 y 4505 de 2012, incumpliendo así, con lo requerido en la normativa.

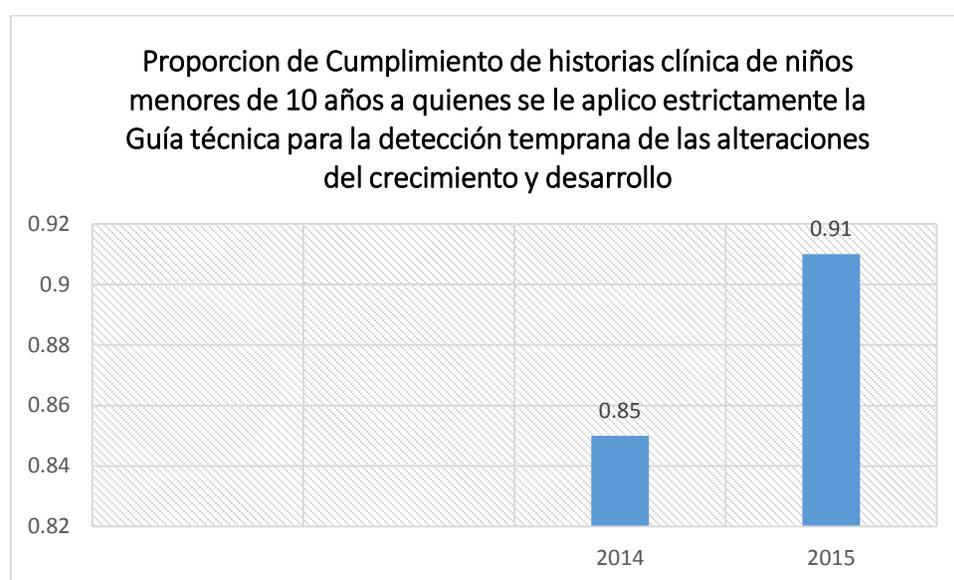
El compromiso gerencial en esta vigencia implica el establecimiento de procesos de auditoría de calidad para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las guías nacionales y capacitaciones al personal competente sobre el cumplimiento de la norma.

En el año 2015, se observa una disminución en el cumplimiento de la adherencia de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva, lo que referencia a la necesidad de implementar estrategias que comprometan a los profesionales en cuanto a la importancia de conocer la guía de atención e implementarla en la ESE Hospital San Roque, para lo cual se debe realizar un cronograma de capacitaciones y mantener el personal médico y de enfermería por un tiempo prudencial para evitar fallas en la continuidad de los procesos; y continuar con estrategias de captación de pacientes mediante visita domiciliaria y búsqueda activa comunitaria, como también seguimiento al listado de pacientes inasistentes de años anteriores, con el objetivo de aumentar la detección de pacientes que presenten esta patología. Por otra parte es necesario el fomento de estilos de vida saludables mediante la generación de estrategias comunitarias (Jornadas Educativas- Deportivas) y la orientación hacia el consumo de un régimen alimentario balanceado; dirigidas a diferentes grupos poblacionales como mecanismo efectivo de promoción de la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares.

#### 4.4 ADHERENCIA A LA GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**INDICADOR EVALUADO:** Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo Estándar 0,80

**GRÁFICA 11. Proporción De Cumplimiento De Historias Clínica De Niños Menores De 10 Años**



Fuente: Informe de Auditoría a Historias Clínicas realizado por la Gerencia del HSR

En la última vigencia el indicador ascendió un 6% lo cual tipifica la atención en Crecimiento y Desarrollo en la ESE HSR como Buena – A 0.91 cumpliendo con el estándar meta de la resolución.

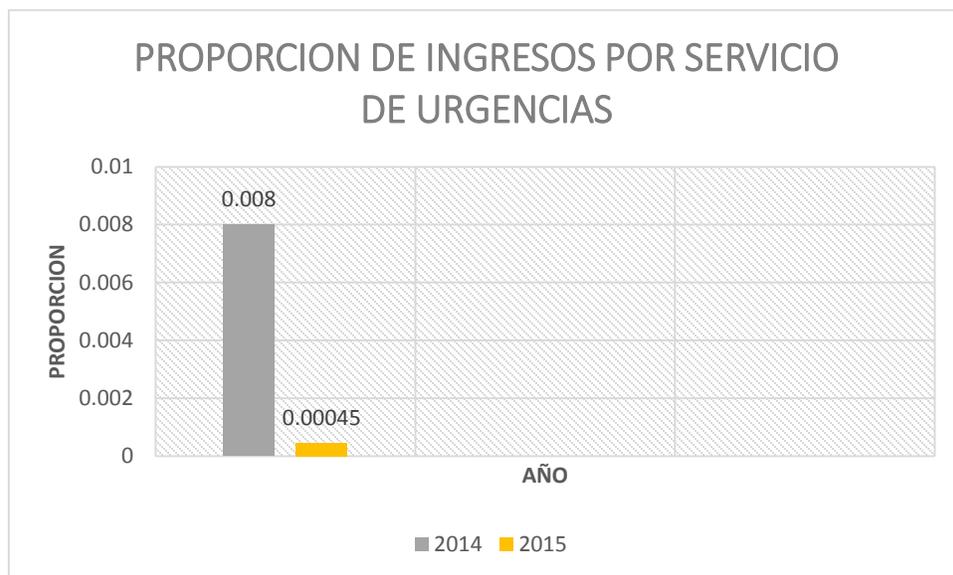
Esto se debe a intervenciones oportunas, resolutivas, seguras, eficientes y pertinentes al alcance de todos los niños y niñas, realizadas de manera continua por profesionales de la salud debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo y con el compromiso de trabajar en equipo. Además de la obligatoriedad administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

El plan operativo de trabajo contempla en este componente para el desarrollo de las actividades de atención integral del niño sano adecuar Consultorios,, gestionar la adquisición de materiales para la evaluación del desarrollo, actividades

educativas y la socialización y auditoria del cumplimiento de las guías en el proceso de atención.

#### 4.5 REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

**GRÁFICA 12. PROPORCION DE INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIAS**



Fuente: Informe suministrado por el responsable del área de urgencias de la ESE.

El reingreso mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en un servicio de urgencias y ser dados de alta regresa al mismo dentro de las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa.

El mejor resultado será el más cercano a 0, pero este debe compararse con el parámetro establecido como de reingreso esperado < a 0.03.

El reingreso en la ESE Hospital San Roque se ve minimizado en los últimos años con respecto al cuatrienio anterior debido a la contratación de médicos con mayor destreza y conocimiento.

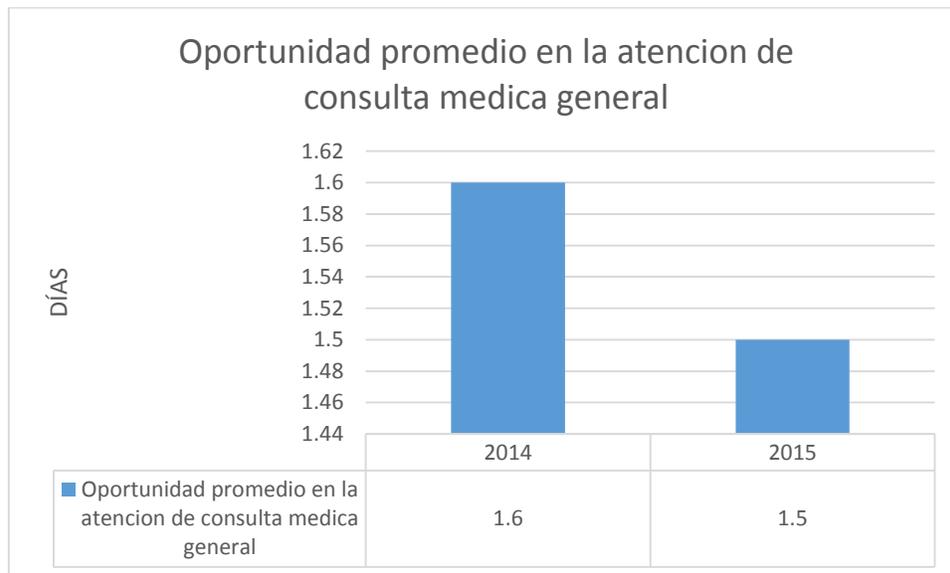
**Tabla 12. PROPORCION DE INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIAS**

AÑO	PROPORCION DE INGRESOS POR SERVICIO DE URGENCIAS
2014	0,008
2015	0,00045

#### 4.6 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL.

**Indicador Evaluado:** Oportunidad promedio en la atención de Consulta Médica General.

**GRÁFICA 13. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general**



Fuente: Informe suministrado por el responsable del área Facturación.

Aunque la Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general, para la asignación de citas indica que se encuentra menor a tres (3) días, se evidencia mediante auditoría que el registro para la última vigencia a evaluar (Año 2015) No se puede medir demanda insatisfecha debido a que las consultas médicas son

asignadas por las EPS diariamente, al igual la consulta odontológica se asignan citas diariamente hasta llenar el cupo establecido, si el usuario no alcanza cita, este deberá regresar al día siguiente hasta obtener su cita; con lo cual se evidencia una limitante en el proceso de oportunidad en la asignación de citas.

Se presentan debilidades en la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud que oferta la ESE Hospital San Roque, Institución que registra un bajo nivel de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La población de las zonas rurales adolecen de una óptima atención en salud, se presentan dificultades en el acceso y oportunidad a los servicios. Resulta necesario el fortalecimiento de las acciones de salud en los corregimientos de San Francisco, Chimila y Caracolito, que garantice la prestación de servicios a los usuarios de dichas zonas Corregimentales y sus áreas de influencia. Actualmente se encuentra documentado el proceso y evaluado mediante indicadores de Calidad.

## 5 PRODUCCION

A continuación se muestra el resumen de la producción de servicios de salud que tuvo el Hospital San Roque durante los años 2012-2015.

**Tabla 13. Comparativo anual de Producción de la ESE.**

Variable	2012	2013	2014	2015
<b>DOSIS DE BIOLÓGICO APLICADAS</b>	19.596	22.745	21.482	20.134
<b>CONTROLES DE ENFERMERÍA (ATENCIÓN PRENATAL / CRECIMIENTO Y DESARROLLO)</b>	8.055	8.783	9.727	9.160
<b>OTROS CONTROLES DE ENFERMERÍA DE PYP (DIFERENTES A ATENCIÓN PRENATAL - CRECIMIENTO Y DESARROLLO)</b>	2.804	1.174	386	432
<b>CITOLOGÍAS CERVICOVAGINALES TOMADAS</b>	2.214	2.204	2.134	881
<b>CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL ELECTIVAS REALIZADAS</b>	27.884	33.333	30.468	25.638
<b>CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS</b>	19.461	25.400	24.951	19.878
<b>CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA ELECTIVAS REALIZADAS</b>	0	0	0	0
<b>CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA URGENTES REALIZADAS</b>	0	0	0	0
<b>OTRAS CONSULTAS ELECTIVAS REALIZADAS POR PROFESIONALES DIFERENTES A MÉDICO, ENFERMERO U</b>	1.597	906	1.203	1.613

<b>ODONTÓLOGO (INCLUYE PSICOLOGÍA, NUTRICIONISTA, OPTOMETRIA Y OTRAS)</b>				
<b>TOTAL DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA REALIZADAS (VALORACIÓN)</b>	1.436	2.173	1.946	1.872
<b>NÚMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGÍA REALIZADAS</b>	5.094	9.717	12.049	14.038
<b>TOTAL DE TRATAMIENTOS TERMINADOS (PACIENTE TERMINADO)</b>	397	835	1.339	1.021
<b>SELLANTES APLICADOS</b>	31.900	18.024	29.086	48.536
<b>SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)</b>	2.214	3.984	4.753	4.586
<b>EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)</b>	727	679	715	691
<b>PARTOS VAGINALES</b>	133	152	110	90
<b>PARTOS POR CESÁREA</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	213	739	598	313
<b>...EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)</b>	133	152	110	90
<b>...EGRESOS QUIRÚRGICOS (SIN INCLUIR PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)</b>	0	0	0	0
<b>...EGRESOS NO QUIRÚRGICOS (NO INCLUYE SALUD MENTAL, PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)</b>	80	587	487	221
<b>...EGRESOS SALUD MENTAL</b>	0	0	1	2
<b>PACIENTES EN OBSERVACIÓN</b>	5.792	6.636	6.088	3.937
<b>PACIENTES EN CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	0	0	0	0
<b>PACIENTES UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL DE DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS</b>	213	1.187	1.143	701
<b>...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS OBSTÉTRICOS)</b>	133	152	110	90
<b>...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS QUIRÚRGICOS (SIN INCLUIR PARTOS, CESÁREAS Y OTROS OBSTÉTRICOS)</b>	0	0	0	0
<b>...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS NO QUIRÚRGICOS (NO INCLUYE SALUD MENTAL, PARTOS, CESÁREAS Y OTROS OBSTÉTRICOS)</b>	80	1.035	1.030	609
<b>...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS SALUD MENTAL</b>	0	0	3	2
<b>DÍAS ESTANCIA CUIDADOS INTERMEDIOS.</b>	0	0	0	0
<b>DÍAS ESTANCIA CUIDADOS INTENSIVOS</b>	0	0	0	0
<b>TOTAL DE DÍAS CAMA OCUPADOS</b>	1.299	1.187	1.143	678
<b>TOTAL DE DÍAS CAMA DISPONIBLES</b>	4.778	4.470	4.004	4.015
<b>TOTAL DE CIRUGÍAS REALIZADAS (SIN INCLUIR PARTOS Y CESÁREAS)</b>	0	0	0	0
<b>...CIRUGÍAS GRUPOS 2-6</b>	0	0	0	0
<b>...CIRUGÍAS GRUPOS 7-10</b>	0	0	0	0
<b>...CIRUGÍAS GRUPOS 11-13</b>	0	0	0	0
<b>...CIRUGÍAS GRUPOS 20-23</b>	0	0	0	0

<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>	30.295	37.547	38.598	34.904
<b>NÚMERO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS</b>	2.197	3.726	3.203	2.526
<b>NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS RESPIRATORIAS REALIZADAS</b>	5.338	7.318	7.758	2.324
<b>NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS FÍSICAS REALIZADAS</b>	648	622	711	876
<b>NÚMERO DE SESIONES DE OTRAS TERAPIAS (SIN INCLUIR RESPIRATORIAS Y FÍSICAS)</b>	0	0	0	0
<b>NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS, COMUNITARIAS E INSTITUCIONALES -PIC-</b>	10.499	14.622	24.091	24.191
<b>NÚMERO DE SESIONES DE TALLERES COLECTIVOS -PIC-</b>			127	416

## **ESCENARIO PROYECTADO:**

Una vez identificado el diagnóstico inicial presentado por cada Área de Gestión en las tablas anteriores, se procedió a diseñar un escenario proyectado para dar resolución a los problemas y/o desarrollar las prioridades establecidas; basados en los siguientes pilares: SOGC (Aseguramiento y Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud), Humanización de los Servicios de Salud, Fortalecimiento del área de Facturación y Cartera e Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque Comunitario, para los cuales se describieron los logros a alcanzar para cada Área de Gestión, reflejando en forma cualitativa y cuantitativa, los cambios que se evidenciarán al finalizar el período de la actual Gerencia. A continuación, se presenta en forma concreta el escenario proyectado teniendo en cuenta las siguientes variables:

1. Área de Gestión.
2. Logros o compromisos planteados para el período de gerencia (Metas).
3. Estrategias y actividades generales a desarrollar.

Seguidamente se presenta el consolidado de las metas con su respectivo peso porcentual para cada una de ellas, las cuales se desarrollarán para el cuatrienio por área de gestión, las cuales harán parte integral del presente plan de gestión y en especial para la medición del indicador No. **3 - Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional**, el cual se evaluará y calificará en forma anual con base al marco normativo.

**11. METAS ANUALES DE GESTION HOSPITAL SAN ROQUE**  
**COMPROMISOS POR AREA DE INTERVENCIÓN**

AREA	#	INDICADOR	ESTANDAR	LINEA BASE	META AL FINALIZAR EL PERIODO	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019
AREA DE DIRECCION Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. Revisar si aplica este indicador teniendo en cuenta que no se hizo aevaluac	≥ 1,20	0	Implementar la Autoevaluación Cuantitativa en desarrollo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE y lograr la meta de 1,1	0	0.6 Si el estándar es mayor o = a 1.2, no entiendo muy bien, la puntuación, se debe tener en cuenta q en el anexo 3 habla de comparación.....	0.7	0.8	1.1

		¿Hubo una mejora en la vigencia anterior?								
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,90	1.00	1.00	1.00	1.00, a que corresponde, tener en cuenta la comparación.....	1.00	1.00	1.00
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	≥ 0,90	0.92	0,98	0.92	0.93	0.94	0.96	0.98

<b>AREA</b>	<b>FINANCIERA Y</b>									
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorizado SIN RIESGO	Categorizado SIN RIESGO	Mantener la ESE categorizada SIN RIESGO	Categorizado SIN RIESGO					

5	Evolución del Gasto por UVR producida	<0,90	1.07	Disminuir la evolución del gasto por UVR producida a 0,91 al 4to año	1.07	0.99	0.98	0.97	0.91
6	Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico o adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y o de mecanismos	≥ 0,70	0	Aumentar la adquisición de Medicamentos y material Médico Quirúrgico mediante mecanismo de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y o de	0	0,50	0,51	0,59	0,60

	electrónicos.		mecanismos electrónicos						
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o Variación Negativa	0	Mantener en cero 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	0	0	0

	Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	4	4	Generación de 4 Informes Anuales sobre el análisis de la prestación de servicios de la ESE con base en RIPS, que contenga la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de	4	4	4	4
--	--	---	---	--	---	---	---	---

				los servicios					
9	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo.	$\geq 1,00$	0.97	Equilibrar presupuesto con recaudo.	0.97	0.98	0.99	1	1
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	2	Continuar entregando los 2 informes anuales requeridos en los términos establecidos	2	2	2	2	2

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 del 2004 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	Continuar entregando los informes anuales requeridos en los términos establecidos	5	5	5	5	
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	$\geq 0,85$	0.51	Aumentar la captación de gestantes antes de la Semana 12 de gestación a 0,72	0.51	0.65	0.68	0.70	0.72
	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	0 Casos	0	Mantener en Cero (0) los casos de Sífilis Congénita	0	0	0	0	0

23	Evaluación de guía de manejo específica : guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	$\geq 0,90$	0.90	Aumentar la Aplicación de la Guía de Atención de HTA sobre 0,90	0.90	0.91	0.92	0.92	0.93
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	$\geq 0,80$	0.80	Aumentar la Aplicación de la Guía de manejo de CyD sobre 0,85	0.80	0.82	0.84	0.84	0.85
25	Reingresos por el Servicio de Urgencias	$\leq 0,03$	0,00045	Disminuir o mantener los reingresos por el servicio de urgencias	0,00045	0.00045	0.00045	0.00045	0.00045
26	Oportunidad	$\leq 3$	1.5	Mantenerla en	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5

	promedio en la atención de consulta médica general		Uno (1.5) la oportunidad en la atención de consulta médica general					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO NUMERO 2 - RESOLUCION 000710 DE 30 DE MARZO DE 2012 Y 743 DE 15 DE MARZO DE 2013  
 INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTION

**HOSPITAL SAN ROQUE**

Area de Gestion	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Fuente de Información	Situación actual
a	b	c	d	E	f	g	
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación, de la ESE	No se realizo autoevaluación en la vigencia anterior
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramientos programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría	$\geq 0,90$	Certificación de la oficina de Calidad o cumplimiento de los planes de mejoramiento continuos implementados con enfoque en acreditación	Se encuentra implementado y evaluado el PAMEC

	3	<b>Nivel I, II y III</b>	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo anual programadas	≥ 0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE de lo contrario, informe de control interno de la entidad	El plan de desarrollo del periodo inmediatamente anterior fue desarrollado por encima del 92%, con las evidencias de su calificación
Financiera y Administrativa 40 %	4	<b>Nivel I, II y III</b>	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	Categorizada SIN RIESGO	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social	SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por UVR producida	<p>[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / numero de UVR producidas en la vigencia ) / ( Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicio comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / numero UVR producidas en la vigencia anterior ) ]</p>	≤ 0,90	Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	Según la página del Ministerio y el Decreto 2193 la evolución del gasto por Unidad de valor Relativo equivale para el Hospital San Roque 1.07 lo que deja una línea base de 1 punto.
--	---	-------------------	---------------------------------------	---	--------	---	--

	6	Nivel I, II y III	Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y o de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o mas de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de la ESE (C) compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico	≥ 0,70	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE	Los mecanismo de compras conjuntas por medio de cooperativas de empresa sociales del estado y /o de mecanismos electrónicos, no se han aplicado en la E.S.E HSR
--	---	-------------------	--	--	--------	--	---

	7	Nivel I, II y III	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	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Cero (0) o variación negativa	Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE	No se encuentran deudas superiores a 30 días
--	---	-------------------	---	--	-------------------------------	--	--

8	Nivel I, II y III	Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia, 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	1). Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. 2). Actas de Junta Directiva	Se ha utilizando información de el Registro individual de prestaciones - RIPS oportunamente y se cumple con el estándar.
9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la pagina web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	El resultado del Equilibrio para el año 2015 se encuentra sobre 95% con un desequilibrio presupuestal del 0,05 % por el no cobro de la cartera corriente.

10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	se ha cumplido con la Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya
11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 del 2004 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de salud y Protección Social	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40 %	21	<b>NIVEL I</b>	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE a mas tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas	$\geq 0,85$	Informe Comité de Historias Clínicas	Actualmente se tienen implementadas varias estrategias para lograr cumplir con el estándar, que ha venido mejorando gradualmente.
	22	<b>NIVEL I</b>	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	0 casos	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado o la no existencia de casos de Sífilis congénita.	Se tiene implementado el SIVIGILA a nivel institucional y municipal donde no se evidencia reporte de SIFILIS CONGENITA para la vigencia 2015.

	23	<b>NIVEL I</b>	Evaluación de guía de manejo específica: guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,90$	Informe Comité de Historias Clínicas	Se tiene implementado un cronograma trimestral de Auditoria para evaluación de historia clínica . En el año 2015 se observa una disminución en el cumplimiento de la adherencia de la guía de atención.
--	----	----------------	--	--	-------------	--------------------------------------	---

	24	<b>NIVEL I</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Numero de historias clínicas I de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia	≥ 0,80	Informe Comité de Historias Clínicas	Para la vigencia 2015, cumplimiento de la guía del 91%. En este ultimo año el indicador ascendió un 6% lo que tipifica la atención en crecimiento y desarrollo muy buena.
--	----	----------------	--	---	--------	--------------------------------------	---

25	NIVEL I	Reingresos por el Servicio de Urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa	$\leq 0,03$	Comité de Calidad o quien haga sus veces	Se cuenta con un registro diario de REINGRESOS que es diligenciado en el área de admisión. El reingreso en la ESE se ve minimizado con respecto al cuatrienio anterior debido a la contratación de médicos con mayor destreza.
26	NIVEL I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas	$\leq 3$	Superintendencia Nacional de Salud	Se llevan los registros de la oportunidad promedio en la atención de consulta médica general y se encuentra sistematizada.

				generales asignadas en la institución			
--	--	--	--	---------------------------------------	--	--	--

RESOLUCION 000710 DE 30 DE MARZO DE 2012 y 743 DE 15 DE MARZO DE 2013  
ANEXO NUMERO 3 - Instructivo para la calificación

**HOSPITAL SAN ROQUE ESE**

Area de Gestion	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el período evaluado			
a	b	c	d	h			
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor de 1,0 ó la ESE no ha iniciado ningún Ciclo de Mejoramiento	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación está entre 1,00 y 1,10	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación está entre 1,11 y 1,19	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1,2

	2	<b>Nivel I, II y III</b>	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50 ó si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de Mejoramiento Continuo	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90
	3	<b>Nivel I, II y III</b>	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0,50 ó si la ESE no cuenta con plan operativo anual	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual a 0,90

Financiera y Administrativa 40 %	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y Financiero	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO ALTO	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO MEDIO	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como de RIESGO BAJO	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE, fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como SIN RIESGO
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor mayor que 1,10	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 1,0 y 1,10	Califique con tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0,90 y 0,99	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor menor que 0,90
	6	Nivel I, II y III	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	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0,30	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0,31 y 0,50	Califique con tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69	Califique con Cinco (5) si el indicador específico arroja un valor mayor o igual 0,70

	7	<b>Nivel I, II y III</b>	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	Califique con Cero (0) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación inter-anual es positiva.	Califique con Uno (1) si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación inter-anual arroja valor Cero (0),	Califique con tres (3), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación inter-anual es negativa.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda Cero (0).
	8	<b>Nivel I, II y III</b>	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la junta Directiva de la entidad.	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada la Gerente de la ESE presentó, a la junta Directiva de la Entidad, por lo menos dos (2)informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en el RIPS.	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la junta Directiva de la Entidad, presento tres (3) informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS.	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la Entidad, presento cuatro (4) o mas informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS.

9	<b>Nivel I, II y III</b>	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90	Califique con tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00
10	<b>Nivel I, II y III</b>	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	Califique con Cero (0) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la Empresa Social del Estado NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.			Califique con Cinco (5) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la Empresa Social del Estado SI presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

	11	<b>Nivel I, II y III</b>	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Califique con Cero (0) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.			Califique con Cinco (5) si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE SI presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40 %	21	<b>NIVEL I</b>	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,35	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,35 y 0,60	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,61 y 0,84	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,85
	22	<b>NIVEL I</b>	Incidencias de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Califique con Cero (0), si durante la vigencia se presentó uno o más casos de Sífilis congénita en la población atendida			Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada NO se registró ningún caso de Sífilis congénita de la población atendida

23	NIVEL I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,50	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,50 y 0,70	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
24	NIVEL I	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,31 y 0,55	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80
25	NIVEL I	Reingresos por el servicio de urgencias	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado mayor de 0,10	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,06 y 0,09	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,031 y 0,059	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 0,03

	26	<b>NIVEL I</b>	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 6 días	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 5 días	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 4 días	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 3 días
--	----	----------------	--	---	--	---	--

RESOLUCION 000710 DE 30 DE MARZO DE 2012  
ANEXO NUMERO 4 - Matriz de calificación

**HOSPITAL SAN ROQUE**

Area de Gestion	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	0	0.75	0	0.05	0
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	1.00		5	0.05	0.25
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0.92		5	0.10	0.5
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III	Riesgo fiscal y Financiero	Categorizado SIN RIESGO	1.37136	0	0.05	0
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por UVR producida	1.07		1	0.057	0.05714
	6	Nivel I, II y III	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	0		0	0.057	0

7	<b>Nivel I, II y III</b>	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	5	0.057	0.2857
8	<b>Nivel I, II y III</b>	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS	4	5	0.057	0.2857
9	<b>Nivel I, II y III</b>	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.97	3	0.057	0.17142

	10	<b>Nivel I, II y III</b>	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	2		5	0.057	0.2857
	11	<b>Nivel I, II y III</b>	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	5		5	0.057	0.2857
<b>GESTION CLINICA O ASISTENCIAL</b> 40 %	21	<b>NIVEL I</b>	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0.51	1.68	1	0.08	0.08
	22	<b>NIVEL I</b>	Incidencias de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0		5	0.08	0.4
	23	<b>NIVEL I</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0.90		5	0.07	0.35
	24	<b>NIVEL I</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0.80		5	0.06	0.3
	25	<b>NIVEL I</b>	Reingresos por el servicio de urgencias	0,00045		5	0.05	0.25
	26	<b>NIVEL I</b>	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	1.5		5	0.06	0.3
								3.80136

Nombre del Depto. / Distrito / Municipio:		CESAR / EL COPEY								
Código DANE Departamento / Distrito / Municipio:		20570								
Fecha de Aprobación										
Nombre Gerente ESE		YAJAIRA SAN JUAN								
Fecha Diligenciamiento:		Jul-16								
Nombre del Área de Gestión	Tipo de ESE	Peso Relativo Área de Gestión	Indicador	Línea base	Total Año 2016	Total Año 2017	Total Año 2018	Total Año 2019	Responsables Institucionales	E mail Responsable
Dirección y Gerencia	Nivel I, II y III	20%	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	0	0.6	0.7	0.8	1.1	*Yajaira San Juan *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>

	Nivel I, II y III		Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	*Diana Cujía	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>
	Nivel I, II y III		Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	0.92	0.93	0.94	0.96	0.98	*Control Interno	-
Financiera y Administrativa	Nivel I, II y III	40%	Riesgo Fiscal y Financiero	Categorizado SIN RIESGO	*José Alberto Enrique	<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>				
	Nivel I, II y III		Evolución del Gasto por UVR producida	1.07	0.99	0.98	0.97	0.91	José Alberto Enrique	<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>
	Nivel I, II y III		Proporción de Medicamentos y material Médico Quirúrgico adquiridos mediante mecanismo	0	0,50	0,51	0,59	0,60	*José Alberto Enrique *Control Interno	<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>
										<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>

		de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE y o de mecanismos electrónicos.							
Nivel I, II y III		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	0	0	0	José Alberto Enrique	<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>
Nivel I, II y III		Utilización de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	4	4	4	4	4	Yajaira San Juan	-

Nivel I, II y III	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo.	0.97	0.98	0,99	1	1	José Alberto Enrique	<a href="mailto:joheda@gmail.com">joheda@gmail.com</a>
Nivel I, II y III	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	2	2	2	2	2	*Diana Cujía	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>
Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 del 2004 o la norma	5	5	5	5	5	Yajaira San Juan	-

			que lo sustituya							
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	NIVEL I	40%	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0.51	0.65	0.68	0.70	0.72	*Comité de Historia Clínica *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>
	NIVEL I		Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	0	0	Comité COVE	-
	NIVEL I		Evaluación de guía de manejo específica: guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0.90	0.91	0.92	0.92	0.93	*Comité de Historia Clínica *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>
	NIVEL I		Evaluación de aplicación de guía de manejo de	0.80	0.82	0.84	0.84	0.85	*Comité de Historia Clínica *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>

		crecimiento y desarrollo								
	NIVEL I	Reingresos por el Servicio de Urgencias	0,00045	0.00045	0.00045	0.00045	0.00045	0.00045	*Comité de Calidad *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>
	NIVEL I	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	*Comité de Calidad *Diana Cujía.	<a href="mailto:dianacujiab@hotmail.com">dianacujiab@hotmail.com</a>

**Estrategias y actividades generales a desarrollar.**

Seguidamente se presenta el consolidado de las metas con su respectivo peso porcentual para cada una de ellas, las cuales se desarrollarán para el cuatrienio por área de gestión, las cuales harán parte integral del presente plan de gestión y en especial para la medición del indicador No. 3 - Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, el cual se evaluará y calificará en forma anual con base al marco normativo.

<b>CONSOLIDADO DE LAS METAS PROYECTADAS PARA EL PERIODO DE GERENCIA 2016-2020</b>	
<b>1. AREA DE DIRECCION Y GERENCIA</b>	
<b>COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE LA GERENCIA</b>	
<b>METAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Direccionamiento Estratégico	Reformular la Plataforma Estratégica de la ESE, para proyectar la entidad de acuerdo a las necesidades actuales y futuras del mercado, los cambios normativos en materia del Sistema de Seguridad Social en Salud, los cambios culturales del cliente interno y cliente externo, y las nuevas metas que ha trazado la alta dirección.
Acreditación	Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la

	<p>autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo.</p>
PAMEC	<p>Robustecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, a través de la participación de todos los colaboradores del área asistencial y del área administrativa de la institución, logrando la mejora continua de cada uno de los procesos enfocados en Acreditación.</p>
Gestión de Proyectos de Dotación	<p>Realizar las gestiones pertinentes para el trámite respectivo y cofinanciación de los recursos.</p>
Gestión para fortalecimiento del Sistema de Referencia.	<p>Aportar la documentación requerida y realizar la Gestión administrativa para los proyectos de adquisición de ambulancias liderados por el Municipio y la Gobernación de Departamento.</p> <p>Dotar de sistema de comunicación a las ambulancias de la ESE.</p>
Humanización de los Servicios	<p>Fortalecer el proceso de transformación cultural de los trabajadores del hospital, cuyo compromiso es el aporte al desarrollo</p>

	sostenible con un comportamiento responsable, ético y transparente.
Talento Humano	Implementar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, con base a los lineamientos normativos vigentes, para avanzar en la protección social de los trabajadores enmarcado en una cultura preventiva.
Gestión ambiental	Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.
Gestión en Tecnologías de la Información	Garantizar un Sistema de Información, acorde a las necesidades que exige la Norma.
Gestión Documental	Garantizar la custodia del archivo de las Historias Clínicas de ESE.

<b>2. AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	
<b>COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE LA GERENCIA</b>	
<b>METAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Gestión en el Proceso de Facturación	Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.
Gestión de Cartera	Depurar y mantener actualizada la Cartera, para: Efectuar cobro y recaudo de cartera buscando que se presente disminución gradual y porcentual de la cartera superior a 360 días con relación al total de la cartera al cierre de cada vigencia fiscal, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y las liquidadas.
Gestión de Glosas	Fortalecimiento del Proceso de trámite y recuperación de recursos glosados,
Gestión Presupuestal y Contable	Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.

	Contabilidad: Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.
Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismo	Análisis de la producción de servicios para efectuar los gastos e inversiones con base en el flujo de efectivo y en estrategias que impacten positivamente la rentabilidad financiera de la entidad.

<b>3. GESTION CLINICA ASISTENCIAL</b>	
<b>COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE LA GERENCIA</b>	
<b>METAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Implementación Modelo de Atención Integral en Salud	Fortalecer la Demanda Inducida.  Desarrollo de Jornadas de Salud, contando con un equipo

	<p>Interdisciplinario, con prioridad en zona rural.</p> <p>Mejorar gradualmente, el cumplimiento en las coberturas de Promoción y Prevención</p>
<p>Garantizar la Oportunidad en el Acceso a los Servicios de la ESE.</p>	<p>Fortalecer el mecanismo de asignación de citas.</p> <p>Fortalecimiento en la atención en el área de Urgencias.</p>