



SALUD SOGAMOSO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Comprometidos para una vida mejor

INFORME DE GESTION

PERIODO 2013

Presentado por
ROCIO DEL PILAR BARRERA SANCHEZ
Gerente

Sogamoso 15 de febrero 2013

Comprometidos para una vida mejor

INTRODUCCIÓN

Como Gerente de la E.S.E Salud Sogamoso, presento este informe con los principales resultados de la Gestión durante la vigencia 2013, logros que fueron posible con la valiosa participación de los colaboradores de la E.S.E desde sus diferentes frentes de actividad, así como por el Direccionamiento de la Junta Directiva y el acompañamiento de Entes de control.

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”; y la resolución 743 de 15 de marzo de 2013 **“Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En este documento se presentan los principales resultados de la ejecución del Plan de Acción 2013, orientados hacia los resultados de los principales indicadores y con énfasis en los principales programas y proyectos que se están desarrollando en la Empresa Social del Estado Salud Sogamoso

PRESENTACIÓN

El modelo de atención de la ESE está enfocado a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y sus familias, por ende todas las actividades de los planes de acción y planes de trabajo que ejecutamos, están orientados al cumplimiento de esta premisa.

El año 2013 fue un año Particular y complejo para el sistema General de Seguridad Social en Salud. Por primera vez desde su implementación, todos los actores reconocen la crisis profunda del sistema, la desfinanciación de los actores y la imperiosa necesidad de cambio.

Los últimos intentos por conjurar la crisis desde el nivel nacional, han agudizado la problemática financiera de la red pública hospitalaria: la unificación anticipada del POS, sin igualación de la UPC y el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, generaron la caída de la producción y por lo tanto de los recursos en la red pública.

1. OBJETIVO GENERAL

Establecer un horizonte hacia el cual enfilan todos los esfuerzos institucionales, en los aspectos de planeación, gestión clínica y desarrollo administrativo y financiero, enmarcados en los indicadores de la Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social, como herramienta fundamental para la evaluación de la gestión gerencial en el periodo institucional de la gerente de la ESE.

2. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la institución: “SALUD SOGAMOSO” Empresa Social del Estado, E.S.E.

Naturaleza de la entidad: “SALUD SOGAMOSO” E.S.E. es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Ambulatorios, del Orden Municipal, con autonomía administrativa y financiera, y con patrimonio propio, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios y adscrita a la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Sogamoso.

Bajo este principio fue creada por el Acuerdo N° 082 del 30 de Diciembre de 1996 emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso, e inició su pleno funcionamiento el 1 de Septiembre de 1997. Esto situó a Sogamoso como el primer Municipio del Departamento de Boyacá que transformó su Institución prestadora de Servicios de Salud.

MISION

- Garantizar servicios de salud de primer nivel, enfocados en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, disponiendo efectivamente de nuestra capacidad organizacional, centrados en el usuario.

VISION

- En el año 2017 Salud Sogamoso E.S.E., se consolidara como empresa pionera a nivel regional en el desarrollo de procesos de salud acreditados, caracterizándose en la excelencia humana e innovando en servicios de salud que coadyuven a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

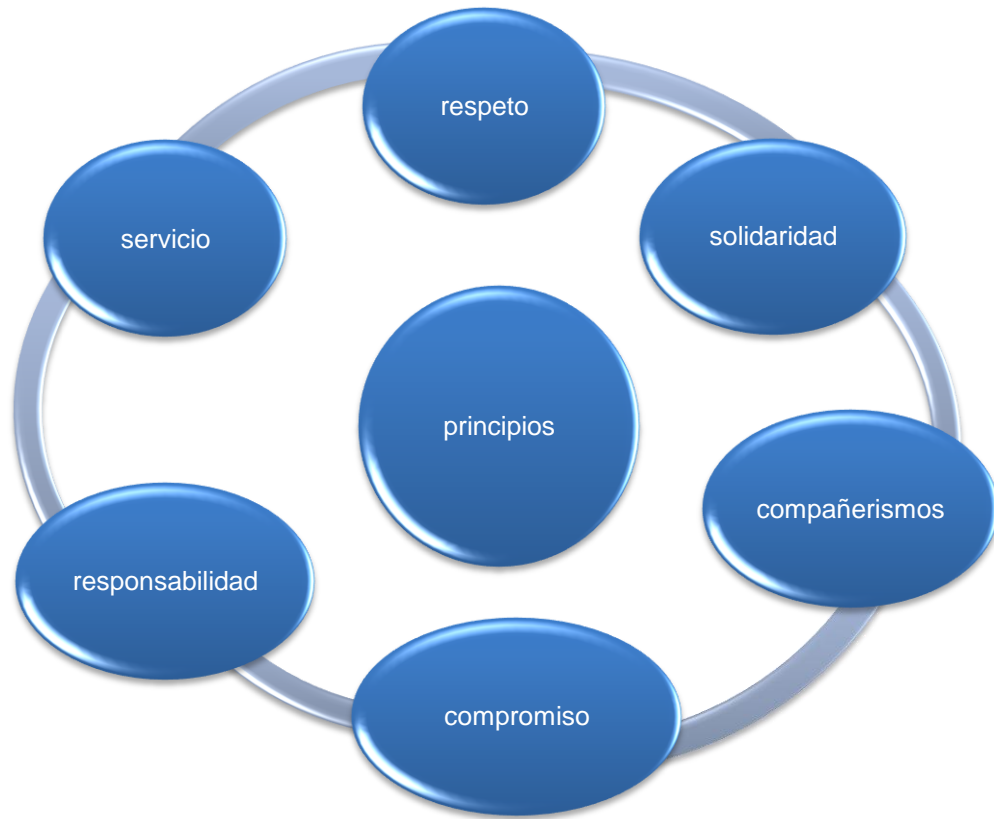
Comprometidos para una vida mejor

VALORES

Los valores son los verdaderos ejes de conducta, estos son los encargados de informarnos a conciencia si nuestros actos están bien o mal, buscan el bien absoluto y le dan significado y sentido a las cosas, además son creencias básicas que afirman la personalidad del ser humano, los valores buscan sensibilizar y estimular al hombre en hacer el bien no el mal.



PRINCIPIOS



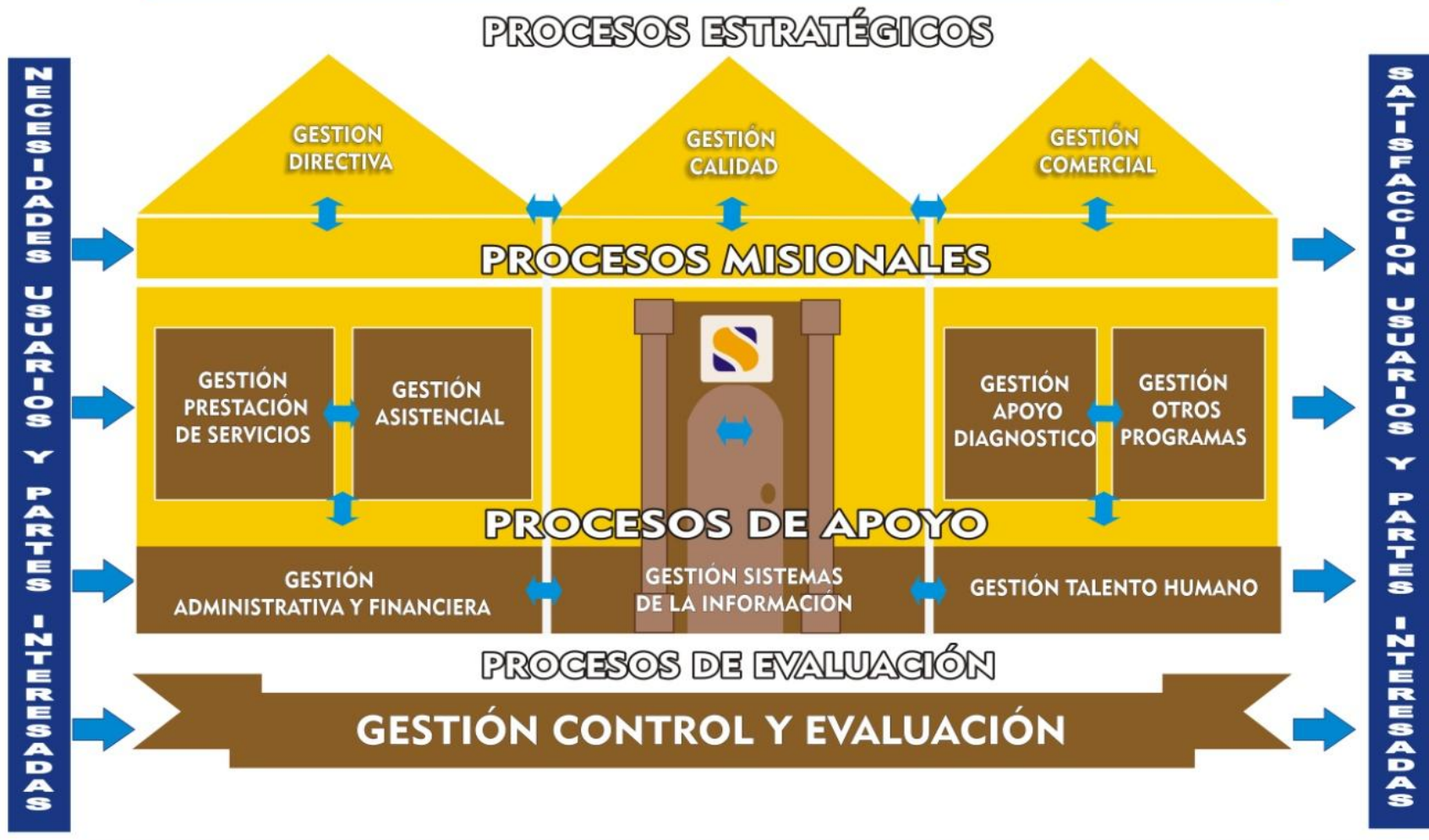
ESTRUCTURA BÁSICA

La Empresa se organiza a partir de una estructura básica funcional que fortalece su gestión y que incluye tres áreas: Dirección, Atención al Usuario y Administrativa. La Dirección la conforman una Junta Directiva de seis (6) miembros y el Gerente.

Los Clientes externos están constituidos principalmente, por las Entidades promotoras de Salud del Regimen Subsidiado – EPS-S-, Administración Municipal, Secretaría de Salud de Boyacá, SESALUB y de manera eventual establecimientos Educativos, Empresas Privadas y Públicas, Organizaciones Comunitarias, Organizaciones no Gubernamentales y a cualquier persona que tenga relación con la organización en forma directa.

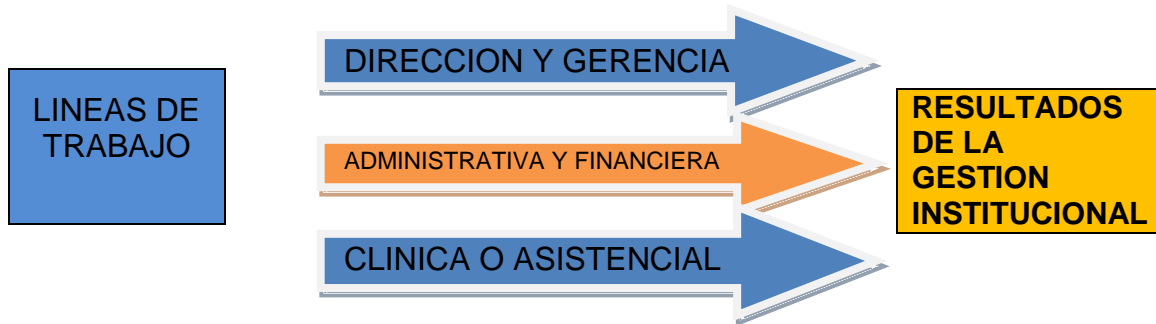
Comprometidos para una vida mejor

MAPA DE PROCESOS



Comprometidos para una vida mejor

3. LINEAS DEL PLAN DE GESTIÓN



4. DIRECCION Y GERENCIA

En este punto el plan de gestión busca el mejoramiento integral de la organización a nivel de procesos administrativos y asistenciales, los cuales contribuirán al cumplimiento de las metas establecidas.

Desde el inicio de la gestión se manifiesta el compromiso gerencial con el cumplimiento de cada uno de los subsistemas propios del Sistema Integrado de Gestión, en el cual se incluye acreditación, el Sistema de Desarrollo Administrativo y otros elementos de gestión fundamentales para la materialización de la misión de la institución.

En este contenido se presentarán tres indicadores, relacionados con el mejoramiento de la calificación de la autoevaluación en la ruta de acreditación, el cumplimiento de los planes de mejora continua y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional, el cual engloba los dos elementos anteriores.

Comprometidos para una vida mejor

PROCESO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

Enmarcados en la plataforma estratégica de la institución, se dio continuidad al proceso de acreditación en salud cuyo objetivo principal es la eficiencia y la prestación de servicios de alta calidad centrada en los usuarios y su familia

Se realizó una observación directa, estructurada con un enfoque cuantitativo y cualitativo, con registro sistemático, aplicando el MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO COLOMBIA, en la Empresa Social del Estado Salud Sogamoso, el cual fue ¹“elaborado en la Unidad Sectorial de Normalización en Salud a través de un amplio proceso de consenso y con la participación de expertos del Ministerio de la Protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el Comité Sectorial, ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente”, aplicado en el mes de Enero del año 2014 en Salud Sogamoso E.S.E., en las diferentes áreas correspondientes, realizando la autoevaluación del manual.

RESULTADOS

Se realiza la autoevaluación con el MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO COLOMBIA, en Salud Sogamoso Empresa Social del Estado, donde el rango es 5 el más alto y 1 el más bajo, evaluando las dimensiones de enfoque, implementación y resultado, con sus respectivas variables en la matriz radar.

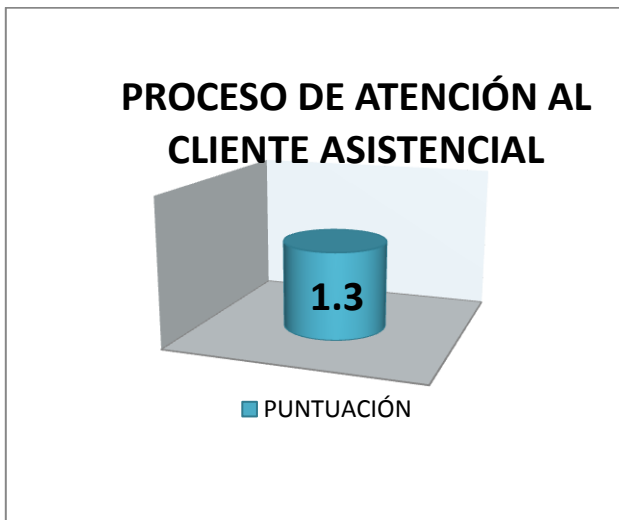
Se obtienen por grupo de estándares de Acreditación los siguientes resultados:

GRUPO DE ESTÁNDARES:

a. Proceso de Atención al Cliente Asistencial PACAS (Figura 1):

Del Estándar 1 al 74:

(Derechos de los pacientes, Seguridad del paciente, Acceso, Registro e ingreso, Evaluación de necesidades al ingreso, Planeación de la atención, Ejecución del tratamiento, Evaluación de la atención, Salida y seguimiento, Referencia y contrarreferencia, Sedes integradas en red)



(Figura 1)

La calificación de los 74 estándares del grupo “A. Proceso de Atención al Cliente Asistencial” (Figura 1), obtuvo una calificación de **1.3**.

b. Direccionamiento (Figura 2):

Del Estándar 75 al 87:

(La organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.)



(Figura 2)

De los Estándares del grupo “B. Direccionamiento” (Figura 2), obtuvo una calificación de **1.2**.

c. Gerencia (Figura 3):

Del Estándar 88 al 102:

(Los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.



(Figura 3)

La organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de

Comprometidos para una vida mejor

direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.)

De los Estándares del grupo “C Gerencia” (Figura 3), obtuvo una calificación de **1.2**.

d. Gerencia del Talento Humano (Figura 4):

Del Estándar 103 al 118:

(Talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios.



(Figura 4)

La organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales.

Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad y si la institución proporciona entrenamiento a personal en formación.)

De los Estándares del grupo “D. Gerencia del Talento Humano” (figura 4), se obtuvo una calificación de **1.2**.

e. Gerencia del Ambiente Físico (Figura 5):

Del Estándar 119 al 129:

(Los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores)



(Figura 5)

De los Estándares del grupo “E. Gerencia del Ambiente Físico” (Figura 5) se obtuvo una calificación de **1.3**.

f. Gestión de la Tecnología (Figura 6):

Del Estándar 130 al 139:

(Los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores).



(Figura 6)

De los Estándares del grupo “F. Gestión de la Tecnología” (Figura 6), se obtuvo una calificación de **1.5**.

g. Gerencia de la Información (Figura 7):

Del 140 al 153:

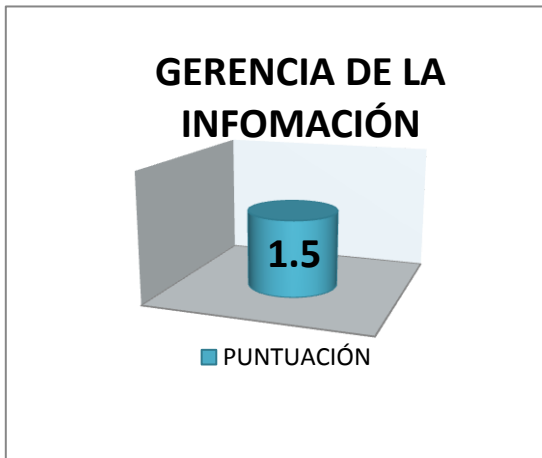
(Los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos.

La implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, los sistemas de evaluación y mejoramiento de la gerencia de la información, las políticas y estrategias para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información, las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente de manera que estén disponibles para los equipos de salud responsables de la atención, la unificación centralizada en las instituciones organizadas en red y, la definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios, entre otros.

La información a que se refiere esta sección incluya todos los procesos organizacionales, las necesidades del usuario, su familia y la comunidad.

La organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño de la gestión de información.

Para esto, la organización desarrolla un plan para la gerencia de la información, de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad).



(Figura 7)

De los Estándares del grupo “G. Gerencia de la Información” (Figura 7), se obtuvo una calificación de **1.5**.

h. Mejoramiento de la Calidad (Figura 8):

Del 154 al 158:

(La institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.

Proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.



(Figura 8)

Procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.

Procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.

Procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.

De los Estándares del grupo “H. Mejoramiento de la Calidad.” (Figura 8), se obtuvo una calificación de **1.2**.

De los 158 estándares establecidos en el “MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO COLOMBIA” aplicados en Salud Sogamoso Empresa Social del Estado, se puede concluir que: (Figura 9), en la segunda autoevaluación se obtuvo una calificación de 1.3, en promedio, se observa avance ya que en la primera autoevaluación se obtuvo una calificación de 1.02.

PRODUCTOS DE ACREDITACIÓN

1. GRUPO DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL

- Despliegue de deberes y derechos del usuario externo.
- Resolución del comité de ética de hospitalaria.
- Socialización y despliegue del código de ética y buen gobierno.
- Resolución del comité de seguridad del paciente.

Comprometidos para una vida mejor

- Política de seguridad del paciente y despliegue.
- Análisis de tendencia de eventos adversos 2013.
- Programa de seguridad del paciente.
- Encuesta del clima de seguridad.
- Evaluación de política de seguridad.
- Formato Diagnostico de barreras de acceso.
- Diagnóstico de barreras de acceso y socialización.
- Formato de demanda insatisfecha e identificación de esta.
- política de humanización del servicio y socialización.
- política de confidencialidad de la información y socialización.

2. GRUPO DE DIRECCIONAMIENTO

- Manual de direccionamiento estratégico.
- política de prestación del servicio y socialización.

3. GRUPO DE GERENCIA

- Unidades funcionales y objetivos.
- Listas de proveedores internos y externos.
- Formato de necesidades de clientes.
- Caracterización de procesos.

4. GRUPO DE AMBIENTE FISICO

- Formato de necesidades de ambiente físico.
- Diagnóstico de necesidades de ambiente físico.
- política de gestión ambiental y socialización.
- política de no sustancias psicoactivas y socialización.

5. GRUPO DE TALENTO HUMANO

- Procedimiento e instrumentos para el proceso de ingreso.
- Plan institucional de capacitaciones, plan de incentivos y bienestar social.
- Procedimiento de inducción y reinducción.
- Procedimiento del clima organizacional.
- Encuesta del clima organizacional y tabulación.
- Procedimiento de retiro.
- Evaluación de eficacia de capacitaciones.

Comprometidos para una vida mejor

- política de talento humano y socialización.

6. GRUPO DE GESTION DE TECNOLOGIA

- Tres políticas de gestión de la tecnología: adquisición, funcionamiento, renovación y reposición, socialización.
- Formato de identificación de equipos de tecnología.
- Diagnóstico de equipos de tecnología.
- Inclusión de equipos de tecnología en las guías de odontología.

7. GRUPO DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

- Formato de necesidades de la información.
- Diagnóstico de necesidades de la información y socialización.
- Capacitación al personal del uso adecuado y beneficios de la tecnología de la información.
- Formato de acrónimos.
- Acrónimos definidos por cada área.
- Socialización de acrónimos y publicación en la intranet.
- Procedimiento de confidencialidad y seguridad de la información.

8. GRUPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

- Actualización del procedimiento de auditoria.
- Procedimiento de acciones correctivas y preventivas.
- Formato de acciones correctivas y preventivas.
- Programa de necesidades de auditoria asistencial.
- Carta al área de contratación para incluir los planes de auditoria en los contratos con terceros y plan de formación de contratistas.
- Recursos para el proceso de acreditación.
- Indicadores de proceso.
- Capacitación al personal en procedimiento de auditoria, procedimiento y formato de acciones correctivas y preventivas y ficha de gestión.
- Inclusión en los contratos obligaciones de acreditación.



(Figura 9)

CONCLUSIONES

1. En el proceso que se ha implementado de Acreditación en Salud Sogamoso E.S.E., se resalta el avance en los enfoques de varios estándares, sin embargo hay que implementarlos para obtener unos excelentes resultados y por ende una mejor calificación de estos.
2. Los procesos de acreditación en salud, son un mecanismo primordial para optimizar la prestación de servicios en Salud.
3. Mediante este proceso de autoevaluación Salud Sogamoso E.S.E., verifica las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, como lo son la seguridad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, integridad, satisfacción y continuidad de los procesos.
4. La socialización de los resultados alcanzados en la aplicación del “MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE COLOMBIA”

Comprometidos para una vida mejor

en Salud Sogamoso Empresa Social del Estado, motivan a seguir con el proceso de mejoramiento en la prestación de servicios de la institución.

5. Para que una institución se acredite debe tener una calificación por encima de “3” en los estándares que están estipulados en el “MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE COLOMBIA”

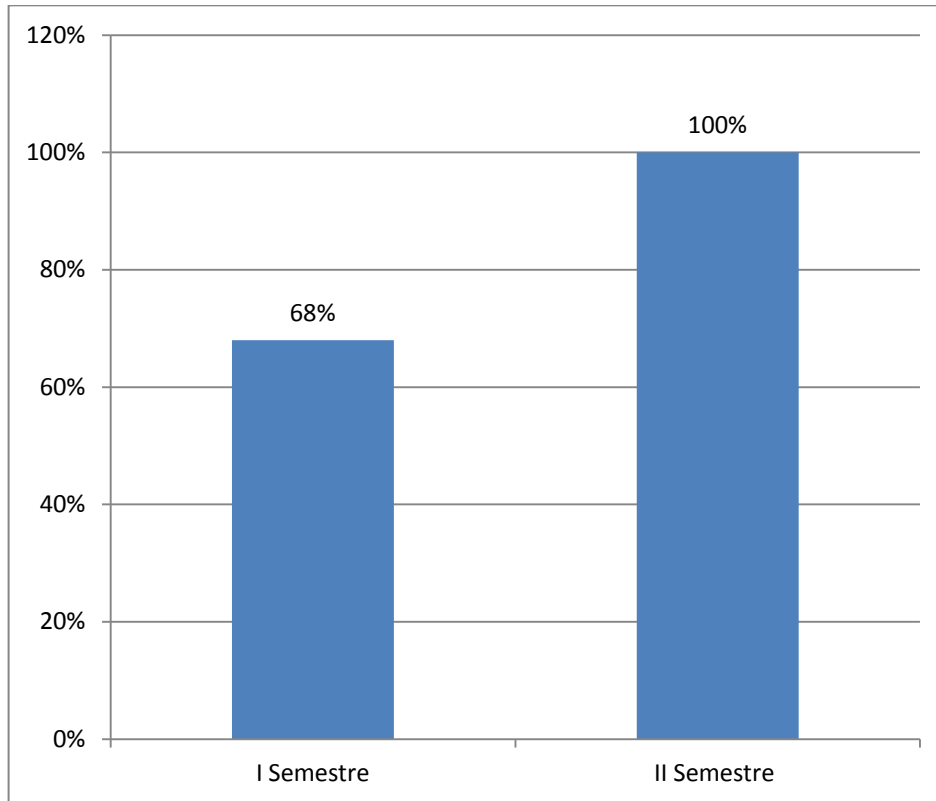
6. Se debe seguir fortaleciendo los estándares que se encuentren con una calificación igual o menor a 2, mediante su implementación y resultados.

7. En cuanto a los demás estándares se recomienda continuar con el proceso de calidad, para así lograr excelencia en la prestación de los servicios prestados ²“con calidez humana, oportunidad y calidad técnico-científica dando respuesta a las necesidades planteadas por nuestros usuarios”

8. El plan de mejoramiento derivado de la evaluación de los estándares de Acreditación en salud, será objeto para el seguimiento y avance del proceso.

9. Se recomienda Priorizar más estándares para obtener un mayor avance a corto plazo

4.2 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC



El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC”, se formuló e implemento siguiendo la metodología entregada por el Ministerio de Protección Social, con base en una autoevaluación Institucional se identificaron los procesos objeto de mejora que afectan la calidad de la atención, se priorización los procesos Gestión Prestación de Servicios, Gestión SIAU, Gestión Talento Humano y Gestión Sistemas de la Información, a su vez del manual de acreditación se trabajo el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, (Seguridad del paciente, estándares 5, 6, 7 y Acceso: 8, 9,10) y Grupo de estándares de gerencia de la información (Estándar 140).

El Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad fue aprobado por la secretaria de salud según documento SS-P11-F13, mes de abril de 2013.

Dentro del plan de acción realizado año 2013 se cumplio con las siguientes actividades.

Comprometidos para una vida mejor

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCION DE MEJORA EJECUUTADA
Formación al personal en atención al usuario	<p>Se articuló con el plan institucional de capacitaciones sesiones de formación en Servicio al Cliente.</p> <p>Se gestionó con el SENA certificación en norma de competencia laboral orientar a las personas según servicio solicitado de acuerdo al portafolio de servicios institucional y normativo en salud vigente, 25 personas obtuvieron certificado de aptitud.</p>
Fortalecer el programa de seguridad del paciente.	<p>Se Conformó Comité de Seguridad del paciente.</p> <p>Se definió y socializo la política de seguridad del paciente</p> <p>Se definió matriz de riesgos por servicio (Farmacia, odontología, vacunación, enfermería, laboratorio)</p> <p>Se realizó medición de clima de seguridad del paciente a través de encuesta aplicada a funcionarios.</p> <p>Se definio y socializo procedimiento y formatopara reporte de eventos adversos</p> <p>Se reportaron y gestionaron 19 eventos adversos año 2013.</p> <p>Se realizo informe de análisis de tendencia de eventos adversos presentados.</p>
Garantizar el acceso a los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Evaluar barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento.	<p>Se realizó y socializo diagnóstico de barreras de acceso</p>
Actualización a guías de atención en salud.	<p>Se actualizaron y socializaron 16 guías de medicina, 7 de odontología, 6 psicología, 2de nutrición y 1 farmacia.</p> <p>Se realizó medición de adherencia de guías de hipertensión arterial y atención integral a los niños y niñas menores de diez años</p>

Comprometidos para una vida mejor

Actualización de documentación del proceso prestación de servicios.	Se documentaron programas, manuales, protocolos, formatos y otros de las diferentes áreas asistenciales, laboratorio, Transporte Asistencial Básico, Farmacia, Medicina, Odontología, Procedimientos, Detección temprana y Protección Específica
Programas de capacitación, inducción y reinducción implementados y evaluado su eficacia	Se documentó procedimiento de inducción y reinducción, se realizó proceso de inducción y reinducción a todo el personal.
Procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores y todos los procesos de la organización.	Se realizó y socializó diagnóstico de necesidades de información de todos los procesos y áreas de la institución.


HABILITACIÓN

En cumplimiento a Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007, resolución 1441 de 2013, que establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, en el año 2013 la institución trabajo para mantener su proceso de habilitación e inicio diagnóstico para transición a nuevos requisitos contemplados en resolución 1441 de 2013.

Se recibe capacitación por parte de Secretaria de Salud Departamental en cuanto actualización resolución 1441 DE 2013.

De los componentes del sistema de habilitación se resaltan las siguientes actividades:

Comprometidos para una vida mejor

TALENTO HUMANO
Estudio técnico administrativo, financiero y jurídico para la reorganización de la planta de personal de la E.S.E Salud Sogamoso
Documentación actualizada área de Talento Humano.
Hojas de vida actualizadas
Personal Carnetizado
23 personas enfermeros y Auxiliar de enfermería certificados en norma de competencia laboral Administración de inmunobiologicos realizada en convenio con el SENA.
16 Personas capacitadas en norma de competencia laboral prevenir infecciones en las personas y su entorno, realizada en convenio con el SENA
27 Personas capacitadas en curso de humanización del servicio
25 personas del área asistencial certificadas en norma de competencia laboral orientar a las personas según servicio solicitado de acuerdo al portafolio de servicios institucional y normativo en salud vigente
8 personas del área de servicios generales capacitados en curso manejo de residuos hospitalarios.
DOTACIÓN
Equipo de RX periapical-equipo de sistema de radiología

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS PONER
Programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia,
Reporte y seguimiento de eventos adversos RAM a INVIMA y SESALUB (38 eventos reportados año 2013).describir la sigla
Indicadores de RAM reportados discriminados por mes.
PROCESOS PRIORITARIOS

Actualización socialización de guías
Medición de adherencia guías Hipertensión arterial
Creación y socialización de Política de Seguridad del paciente
Creación y socialización de matriz de riegos por servicio (asistencial)
Documentación procesos área asistencial
Notificación y seguimiento de eventos adversos (Total año 2013 19 eventos adversos reportados y gestionados).
Indicadores de eventos adversos presentados, discriminado por mes.
Actualización de documentación (formatos, protocolos, manuales) de los servicios de medicina, odontología, laboratorio, farmacia, vacunación
HISTORIAS CLINICAS
Auditoria historia clinicas que
Manual de manejo de historias clinica,
Definicion
Actualización de documentación

INFRAESTRUCTURA

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE MANTENIMIENTO.
CONTRATISTA: CASTIBLANCO QUIJANO HENRY
VALOR: \$13,665,600.00



Pintada Zona de articulación



Limpieza de lote



Comprometidos para una vida mejor



Fumigación USIS (Sucre)



Fumigación USIS (Morcá)



Lavado Tanques (antes)
(después)



Lavado Tanques

MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS VEHICULOS DE
SALUD SOGAMOSO E.S.E
VALOR: \$ 13,992,000.00



Comprometidos para una vida mejor

MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA USI CENTRO
VALOR: \$5,501,905.00



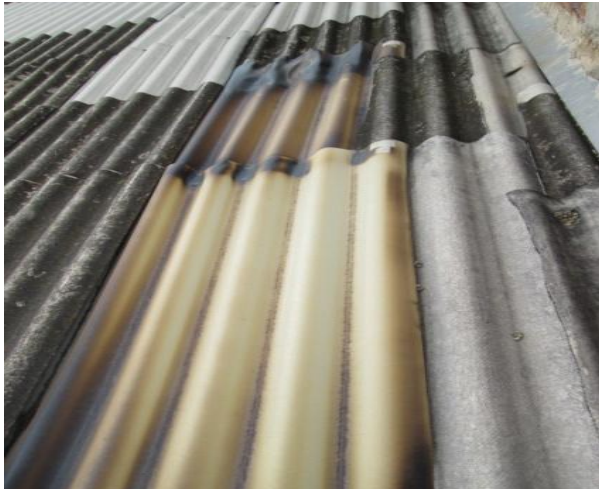
Mantenimiento redes sanitarias



Adecuación Sala de Procedimiento escribir si existia o no esta area antes y despues fotos



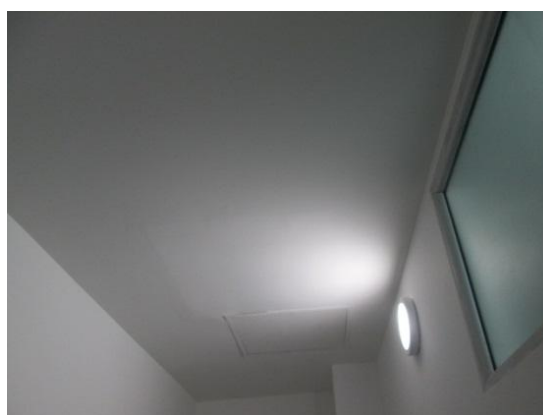
**MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA USI MAGDALENA CUBIERTA Y
TANQUE DE AGUA
VALOR: \$ 3,121,192.00**



MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA USI P Y P Y MONQUIRA
VALOR: \$ 2160000 poner los precios con puntos \$ 2.160.000



Adecuación accesibilidad rampas en P y P



Mantenimiento en P y P hidráulico y dry-wall

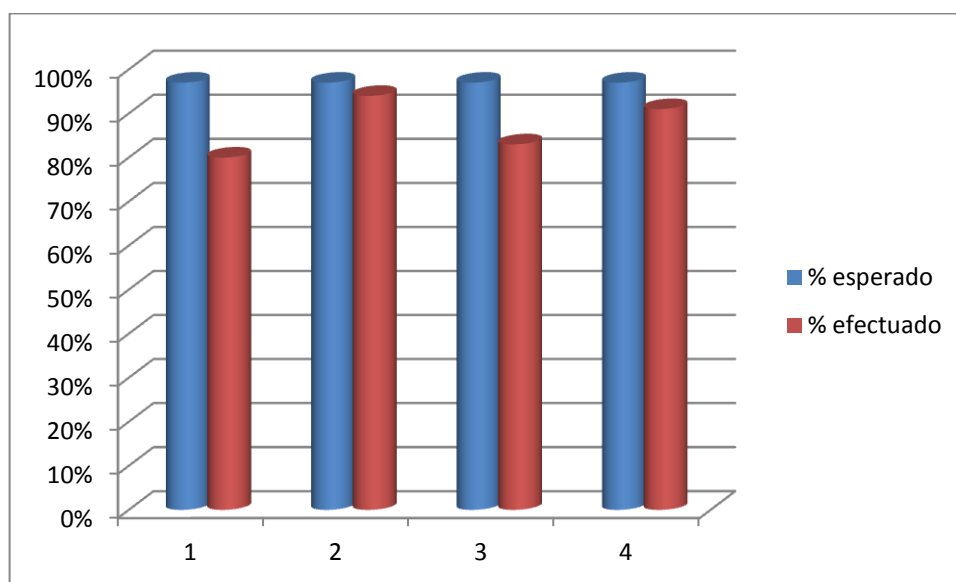
5. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

INDICADOR	FORMULA
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas
ESCENARIO ACTUAL:	
<ul style="list-style-type: none"> • Plataforma estratégica revisada y ajustada de acuerdo a las necesidades de la E.S.E, armonizada con el Plan de Desarrollo municipal • Cumplimiento diciembre de 2012 del 21% • Planes Operativos vigencia 2013, con estructura de, 4 perspectivas institucionales. • Cambio del ambiente externo e interno • monitoreo al cumplimiento de los Planes en I trimestre de 2013. 	
ESCENARIO FUTURO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de planeación integral y con permanente monitoreo. • Alto compromiso del equipo de trabajo para alcanzar un cumplimiento anual del 25% del Plan de Desarrollo institucional. 	

METAS PARA EL CUATRIENIO

	2012	2013	2014	2015	Marzo2016
FORMULA	META	META	META	META	META
No. metas del Plan Operativo Anual cumplidas					
No. Metas Plan Operativo Anual Programadas	25%	50%	75%	100%	100%

LINEAS DE ACCION	METAS TOTALES	% DE CUMPLIMIENTO 2013
1-Calidad en los ofertados nuestra bandera	9	84
2-Cliente interno comprometido nuestro motor	5	88
3-Educación para la salud aumento en la calidad de vida	7	88



Comprometidos para una vida mejor

PLAN DE DESARROLLO 2013

1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS OFERTADOS

OFERTAR SERVICIO CON ACCESIBILIDAD Y CALIDAD PARA TODA LA COMUNIDAD

Actividades del proyecto	Productos	% de cumplimiento a
Gestión de la oferta de servicios	Capacidad instalada optimizada con estrategias de mejora para la oportunidad y accesibilidad a los servicios	90
Normalizar procedimientos y Guías de Atención Clínica	Modelo para la prestación de servicios de salud revisado, consolidado y articulado con normatividad (Decreto 4747 de 2007 Y Resolución 3047 de 2008)	60
	Socialización guías clínicas	100

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Calculo de recursos – Capacidad Instalada

CALCULO RECUSO HUMANO 2013

USUSARIOS CARNETIZADOS (Corte a 31 de Diciembre 2012)

EPS	RURAL	URBANO	TOTAL
CAPRECOM	2218	6096	8314
COMPARTA	3287	8222	11509
COMFAMILIAR	4058	3892	7950
COMFABOY	2806	10668	13474
TOTALES	12369	28878	41247
PROMOCION Y PREVENCIÓN			41247
MEDICO ASISTENCIAL			30579

VINCULADOS	685
-------------------	------------

CALCULO DE SERVICIOS

USUARIOS POTENCIALES DE LOS SERVICIOS	31264
PROMEDIO ESTANDAR CONSULTAS USUARIO POR AÑO	2
RENDIMIENTO ESTANDAR CONSULTAS HORA	3

TOTAL CONSULTAS MEDICINA GENERAL AÑO ESPERADAS	62528
TOTAL CONSULTAS MEDICINA GENERAL MES	5211
TOTAL CONSULTAS MEDICAS P Y P AÑO PROGRAMADAS SEGÚN MATRICES	10152

Comprometidos para una vida mejor

TOTAL CONSULTAS MEDICAS P Y P MES PROGRAMADAS SEGÚN MATRICES MES	846
TOTAL CONSULTAS MEDICAS REQUERIDAS MES	6057
TOTAL HORAS MEDICO/MES NECESARIAS	2019
TOTAL CONSULTAS MEDICO/AÑO NECESARIAS	24.228
TOTAL CONSULTAS ODONTOLOGIA GENERAL AÑO ESPERADAS	62528
TOTAL CONSULTAS ODONTOLOGIA GENERAL MES	5211
TOTAL CONSULTAS ODONTOLOGIA P Y P – ACTIVIDADES SALUD ORAL MES SEGÚN MATRICES	29160
TOTAL CONSULTAS ODONTOLOGICAS PYP REQUERIDAS MES	390
TOTAL CONSULTAS ODONTOLOGICAS REQUERIDAS MES	5601
TOTAL HORAS ODONTOLOGO/MES NECESARIAS	1867
TOTAL HORAS ODONTOLOGO/AÑO NECESARIAS	22.404
TOTAL CONSULTAS ENFERMERIA P Y P AÑO SEGÚN MATRICES	27756
TOTAL CONSULTAS ENFERMERIA P Y P MES SEGÚN MATRICES	2313
TOTAL HORAS NECESARIAS ENFERMERA CONSULTA /MES	771
TOTAL HORAS NECESARIAS ENFERMERA ADMINISTRATIVO/MES	60
TOTAL HORAS ENFERMERA/MES NECESARIAS	831
TOTAL HORAS ENFERMERA/AÑO NECESARIAS	9.972

1.1. Programación de servicios y agendas

SITIOS DE ATENCION – PRESTACION DE SERVICIOS		
N°	UNIDAD DE SERVICIO INTEGRAL	DIRECCION
1	CENTRO DE P Y P	CARRERA 8 N°11 – SAN MARTIN CENTRO
2	CENTRO ASSTENCIAL	CARRERA 9 N°11 -74 PARQUE SANTANDER
3	MONQUIRA	CARRERA 4 N° 1C – 11SUR BARRIO MONQUIRA
4	MAGDALENA	CARRERA 25 N° 4ª – 147 BARRIO MAGDALENA
5	SUCRE	CALLE 49 N° 12B – 32 CONTIGUO A TEMPLO
7	DIAMANTE	CARRERA 12 N° 45 – 47 VIA BELENCITO
8	MORCA	CONTIGUO A SEDE SENA CASA DEL MINERO

9	CAMPAMENTO	KM 5 VIA AL CRUCERO VEREDA ACAMPAMENTO
10	PANTANITOS	CARRERA 6 CALLE 3D VEREDA PANTANITOS
11	VANEGAS	ATRÁS DE LA SEDE VANEGAS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SIVESTRE ARENAS
12	PEDREGAL	PEDREGAL ALTO
13	CORRALEJAS	KM 7 VIA CRUCERO VEREDA CORRALEJAS
14	CINTAS	KM 18 VIA CUSIANA VEREDA LAS CINTAS
15	CAÑAS	VEREDA LAS CAÑAS
16	ALTO PENITAS	VEREDA
17	PEDREGAL BAJO	VEREDA
18	MORTIÑAL	VEREDA
19	HATILLO	VEREDA
20	QUEBRADA HONDA	VEREDA
21	MELGAREJO	VEREDA
22	MANITAS	SECTOR
23	VENECIA	VEREDA
24	HOGAR SAN ANTONIO	CALLE 13 N° 15 - 62
25	NUEVO AMANECER	CALLE 11 N° 14 - 32
26	INSTITUCIONES EDUCATIVAS	JORNADAS PROGRAMADAS
27	RED UNIIDOS	JORNADAS PROGRAMADAS
28	JARDIN MORADA DEL SOL	JORNADAS PROGRAMADAS
29	FAMILIAS EN ACCION	JORNADAS PROGRAMADAS
30	ICBF	JORNADAS PROGRAMADAS

CAPACIDAD MEDICINA

OFERTA HORAS MEDICO 2013	ESPERADO CONSULTAS MEDICINA	TOTAL REALIZADO	REALIZADO P Y P	REALIZADO ASISTENCIAL
24.540	73.658	83.958	28.501	55.457

Comprometidos para una vida mejor

CAPACIDAD ODONTOLÓGIA

OFERTA HORAS ODONTOLOGIA 2013	ESPERADO CONSULTAS - PROCEDIMIENTOS	TOTAL REALIZADO
15360	92160	97068

CAPACIDAD ENFERMERÍA

OFERTA ENFERMERIA 2013	ESPERADO CONSULTAS ENFERMERIA	TOTAL REALIZADO	REALIZADO P Y P
10.360	31.080	32.184	32.184

MORBILIDAD GENERAL

Cuadro N° 12. Morbilidad General, Año 2013

CAUSA	ORDEN	MUJERES	HOMBRES	FRECUENCIA		GRUPO POBLACIONAL AFECTADO
				TOTAL	%	
GASTRITIS Y DISPEPSIA	1	2259	496	2755	4.97	60 Y MAS AÑOS
CARIES	2	1837	787	2624	4.73	15 - 44 AÑOS
IRA	3	1622	967	2589	4.67	5 - 14 AÑOS
HIPERTENSION ARTERIAL	4	1813	618	2431	4.38	60 Y MAS AÑOS
CEFALEA Y MIGRAÑA	5	1933	319	2252	4.06	15 - 44 AÑOS
PATOLOGIAS ARTICULARES	6	1698	321	2019	3.64	60 Y MAS AÑOS
DISLIPIDEMIAS	7	1557	392	1949	3.51	45 - 59 AÑOS
ALTERACIONES NUTRICIONALES	8	1450	329	1779	3.21	15 - 44 AÑOS
HIPOTIROIDISMO	9	1447	93	1540	2.78	45 - 59 AÑOS
VAGINITIS	10	1469		1469	2.65	15 - 44 AÑOS
DOLOR ABDOMINAL	11	1061	101	1162	2.10	15 - 44 AÑOS
PARASITOSIS INTESTINAL	12	574	403	977	1.76	5 - 14 AÑOS
OTRAS CAUSAS				31908	42.46	
TOTAL CONSULTA ASITENCIAL				55457	100.00	

Comprometidos para una vida mejor

2. Se inicia el proceso de diseño y elaboración del manual de atención.
. Se elabora manual preliminar con apoyo de los estudiantes de administración en salud, y se define como producto de pacas en el proceso de acreditación.
- 2.1. Se elabora manual preliminar con apoyo de los estudiantes de administración en salud, y se define como producto de pacas en el proceso de acreditación.
- 2.2. en el momento que se concluyan las actividades tendientes a cumplir el plan de mejoramiento de acreditación se continuara el trabajo de ajuste y terminación del manual del usuario.
- 2.3. Hay que resaltar que en este proceso se ha adelantado el proceso de asignación de citas y modificaciones al manual del usuario.
- 2.4. Al concluir la documentación propia del área de prestación de servicios se adelanta el modulo y será concluido en el primer trimestre de 2014.
3. para avanzar en la documentación y socialización de guías y procedimientos clínicos vincula personal de apoyo
- 3.1. se concluye la revisión, actualización y socialización de las guías, protocolos y procedimientos del área de prestación de servicios.
- 3.2. Se concluyo con la socialización de guias quedando a disposición de la intrnet.

IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL SOGC

Actividades del proyecto	Productos	% de cumplimiento
Fortalecer el programa auditoria para mejoramiento de la calidad	Procesos prioritarios intervenidos y mejorados	100
Normalizar el sistema de información para la calidad	Indicadores del SIC validados y remitidos por la WEB con oportunidad	100
Implementar programa de acreditación para mejoramiento continuo	Ciclo de mejoramiento de estándares desarrollado Atención en salud centrada en el usuario certificada con estándares en rango superior al nivel básico	10
Consolidar el programa para la seguridad clínica del paciente.	Política Institucional de Seguridad del Paciente adoptada	100

ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Se realiza programa de auditoría medica para el mejoramiento de la calidad PAMEC

Comprometidos para una vida mejor

2013 y se envía a secretaria de salud para su revisión y aprobación

1.1 Se realiza planes de mejora de acción para ejecución de actividades PAMEC 2013 programadas en el primer semestre de 2013, se resalta gestión de eventos adversos, se realiza la actualización de la documentación y socialización de quías de atención en salud.

1.2 documentación procesos área talento humano

- capacitación personal en curso de humanización de servicios y normas de competencia laboral en servicio al cliente
- documentación programa seguridad del paciente – socialización política seguridad del paciente
- medición de adherencia de guía de hipertensión arterial y protocolo atención integral de niños y niñas menores de 10 años.

1.3 Evaluación y cierre de actividades programadas PAMEC 2013.

Envío de informe SESALUB cierre PAMEC Año 2013.

2 Se realiza y se envía informe de indicadores según circular 030 mensual y trimestral con destino a aseguradoras.

-Se estandariza formato para reporte histórico de indicadores por aseguradora.

3 Se estandariza matriz radar para la implementación de la evaluación cualitativa de acreditación. Se realiza visita al ministerio de protección social, y por otro lado se hace la programación de grupos de autoevaluación.

3.1 Se realizó autoevaluación cualitativa y cuantitativa de estándares según manual de acreditación en salud ambulatorio, resolución 123 /2012

3.2 se realizaron planes de mejoramiento para el año 2013 de la autoevaluación de acreditación

3.1 Seguimiento a actividades priorizadas según matriz radar de los grupos de autoevaluación.

Documentación actualizada procesos Gestión Directiva, Gestión Comercial, Gestión Calidad, Gestión Prestación de Servicios, Gestión asistencial, Gestión Apoyo Diagnostico, Gestión Otros Programas, Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de la Información, Gestión control y evaluación.

Documentación caracterización de procesos

4 Se documento programa de seguridad del paciente y se aprobó por el mismo comité.

4.1 Socialización Programa de Seguridad del Paciente, implementación de rondas de seguridad y definición de estrategias para su medición

4.2 Se crea comité de seguridad del paciente, se trabaja en el programa de seguridad del paciente el cual abarca cultura de seguridad, gestión de eventos adversos y práctica de seguridad del paciente.

Comprometidos para una vida mejor

4.3 Publicación política de Seguridad del Paciente en los diferentes medios de comunicación.
Socialización y medición de adherencia de política de seguridad del paciente.
4.4 Dentro del comité de riesgos se inicia a trabajar en el programa de seguridad del paciente, se identifican riesgos de los proceso de consulta externa.

Participación Ciudadana: Ese – Usuario

Actividades del proyecto	Productos	% de cumplimiento
Definir e implementar la estructura operativa de la Participación Social en Salud	Estructura operativa de la Participación Social en la ESE	90
Realizar seguimiento y evaluación del SIAU	Estructura operativa del Sistema de Información y Atención al Usuario con Instrumentos de evaluación	90

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Se contaba con 21 líderes y en el momento tenemos 50 líderes activos y funcionando, a los cuales se les ha dado incentivos y capacitación.

1.1 Se carnetizaron a los líderes de los diferentes barrios y veredas de igual forma se les entregaron gorras y camisetas.

Por otro lado la E.S.E capacito a funcionarios y líderes de la comunidad en PARTICIPACIÓN CIUDADANA con el apoyo de la Secretaria Departamental de Salud

1.2 Definir e implementar la estructura operativa de la participación social en salud

- Se lleva a cabo reunión de alianza de usuarios el 25 de septiembre, con asistencia de líderes de barrio y vereda.
- Se capacita en seguridad social, por medio de funcionario de la secretaria de salud.
- Se resalta compromiso de los asistentes de los institutos de los cuales hacen uso.
- Se citan a entrevistas a 3 líderes, para ser socializadas en el programa radial SOMOS RAZA.
- 4 líderes inician proceso de certificación en TICS en SOGABASTOS.

2. Se tiene un mapa de ubicación de Sogamoso del área rural y urbana ubicando en éste los líderes de los 67 barrios y 17 veredas, con este sistema tenemos un sistema de

comunicación más efectivo entre usuario – E.S.E

2.2 Para cumplir con la actividad de realizar seguimiento y evaluación a la oficina del SIAU Se presentaron auditorias a:

- Control interno
- Salud vida
- Caprecom
- Participación ciudadana Tunja
- Participación ciudadana Sugamuxi

2.3 . Realizar seguimiento y evaluación del SIAU.

- Durante el segundo trimestre que corresponde a los meses de julio, agosto, y septiembre se realizaron 1138 encuestas de satisfacción, donde nuestros usuarios catalogan el servicio entre excelente y bueno, eliminando el 0.35 % de calificación mala que se tuvo en el trimestre anterior.
- En la oficina de atención al usuario en este trimestre se radicaron 10 PQR realizando seguimiento y respuesta en un tiempo no mayor de 15 días.
- Durante este trimestre se realizaron 520 encuestas en adherencia a deberes y derechos; 474 usuarios evidencian esta adherencia a deberes y derechos con un porcentaje del 91 % .

En este trimestre se realizaron las siguientes acciones de mejora:

- Se agenda citas para lectura de laboratorios, presenciales.
- Para los jóvenes de 10 a 29 años se les asignara cita, sin realizar llamada telefónica y sin acompañamiento de un adulto.

Se entregan fichas todo el día para mayores de 60, menores de 6 años, que vengan a programas de P y P y pacientes crónicos.

2. CLIENTE INTERNO COMPROMETIDO, NUESTRO MOTOR

Sistema de Gestión de Talento Humano

ACTIVIDADES DEL PROYECTO	PRODUCTOS	% de cumplimiento
Realizar el estudio de plan de cargos para la ESE Salud Sogamoso	Proyecto de acuerdo con planta de cargo para la empresa	80
ACTIVIDADES REALIZADAS		
Este proceso se desarrollo teniendo en cuenta los diferentes lineamientos, se inicio con la entrega del libro primera fase, donde se resalto el diagnostico actual, análisis		

Comprometidos para una vida mejor

externo avance de análisis financiero análisis y definición de mapa de procesos matriz y estudio técnico de cargas laborales SALUD Sogamoso E.S.E. Se dio entrada de productos fase 1, fase 2, fase 3 plataforma estratégica, caracterización de procesos estructura orgánica, estudio de cargas laborales, manual específico de funciones y competencias, evaluación de hojas de vida. Proyecto acto administrativo, cronograma de reorganización y la elaboración de la propuesta de modificación de la planta de empleos permanentes para la creación de 18 cargos: 11 carrera administrativa, 7 L.N.R.

Gestión del Bienestar Social Laboral.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO	PRODUCTOS	% de cumplimiento
Desarrollar acciones de sensibilización y formación en valores.	Servidores públicos y contratistas alineados en valores corporativos.	95
<p>ACTIVIDADES REALIZADAS</p> <p>En esta línea estratégica se están llevando a cabo diversos programas, la propuesta de un proceso de modernización institucional que parte de la realización de un estudio técnico en el cual se analiza la situación actual de la empresa respecto al cumplimiento de sus funciones, objetivos generales y su misión.</p> <p>Adicionalmente se estructuro otros programas que buscan fortalecer las competencias del talento humano, incrementar la motivación y promover el desarrollo integral de los empleados de la empresa.</p> <p>Jornadas de capacitación institucionales que se llevaron a cabo en horario de 7 a 8 am todos los miércoles, abarcando las necesidades de capacitación identificadas por aéreas, la asistencia a estas jornadas fue masiva por parte de los funcionarios de la empresa. Se adelantaron sesiones de biodanza y neurolingüística en busca de la sensibilización y humanización, dando jornadas de reflexión, concientización en lo concerniente a la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Se realizo inducción y reinducción al personal nuevo y antiguo en concordancia con lo mencionado en el proceso establecido de la empresa.</p> <p>Se culmina el proceso de evaluación de la norma competencia laboral en prevenir infecciones en las personas y su entorno. Se evaluaron las personas las cuales tuvieron concepto favorable el cual fue emitido por el servicio nacional de</p>		

Comprometidos para una vida mejor

aprendizaje SENA.

Culminación del proceso de evaluación de la norma limpieza y desinfección. Certificadas.

Se llevo a cabo el proceso de evaluación de la norma 230101015 de atención y servicio al cliente en donde fueron certificados los funcionarios.

Revisión de extintores y botiquines de la empresa.

Medición de clima Organizacional de Salud Sogamoso E.S.E.

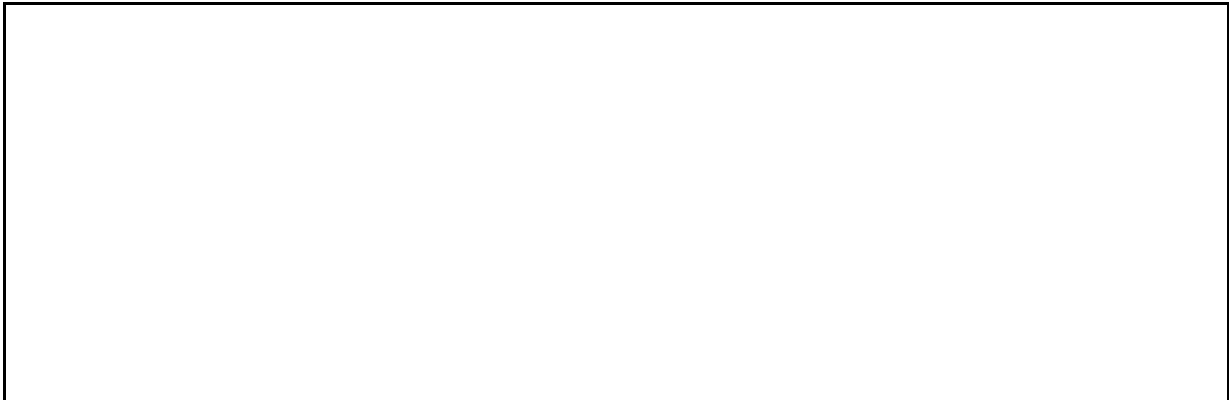
Celebración de las fechas especiales día del comunicador, día del médico, día de la mujer, día del trabajo, Celebración día de los niño, etc.

Celebración Día de Salud Sogamoso el día 05 de septiembre enmarcado dentro del programa de bienestar social. Caminata Paramo de Siscunsi

Coordinación y elaboración del pesebre ecológico para celebrar las novenas navideñas.

Novenas navideñas, celebración fin de año salida a playa blanca.





3. EDUCACIÓN PARA SALUD, AUMENTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Promoción y Prevención, Unidad en Mejoramiento continuo

ACTIVIDADES DEL PROYECTO	PRODUCTOS	% de cumplimiento
Normalizar los procedimientos de la dirección de promoción y prevención	Procedimientos para los programas de Promoción y Prevención normalizados	80
Diseñar el modelo de evaluación de gestión, mejoramiento continuo y desarrollo de la Promoción y Prevención	Sistema para la gestión y el desarrollo de los Programas de Promoción y Prevención Diseñado y operando	90

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Revisión de normas técnicas actividades y procedimientos para el cumplimiento de las actividades de PYP.
socialización de normas técnicas de PYP en proceso de reinducción
 - 1.1 se vincula profesional para revisión y ajuste de normas técnicas de control prenatal, guía de atención de hipertensión y crecimiento y desarrollo. De igual forma se realiza auditoria de historias clínicas.
 - 1.2 se realizo el procedimiento de tomas de citología, higiene oral, control prenatal crecimiento y desarrollo, atención de la hipertensión y se sugiere formular resolución para adoptar las normas técnicas.

Comprometidos para una vida mejor

2. Se diseñan e implementan estrategias para el cumplimiento de programas de PYP como son:
- Demanda inducida por grupo familiar
 - Canalización de los servicios a otros programas
 - Asignación de citas programadas de PYP
 - Seguimiento a gestantes desde pruebas de laboratorio

Distribución y seguimiento a metas de programación de PYP a profesionales y contratistas

2.2. Como estrategia de mejora se vincula una auxiliar de enfermería para la canalización efectiva de usuarios a actividades, procedimientos e intervenciones de PYP. De igual forma se canalizaron grupos familiares de personas que asisten a consulta

Por otro lado se hizo la programación de citas de control a programas de PYP como planificación familiar, crecimiento y desarrollo y citologías para así descongestionar el Call Center y mejorar el acceso a los servicios.

Se realizaron jornadas de atención de PYP dirigidas a poblaciones vulnerables

Se inicia implementación de resolución 4505 la cual exige un cumplimiento del 100% en metas de PYP

2.3 -Se inicia la estrategia de monitoreo de agendas para garantizar la cobertura total en la canalización de usuarios a programas de promoción y prevención.

Se gestiona asistencia técnica para implementación de resolución 4505.

FORTALECIENDO NUESTRA SALUD

ACTIVIDADES DEL PROYECTO	PRODUCTOS	% de cumplimiento
Desarrollar actividades de demanda inducida hacia grupos vulnerables como niños, gestantes y adultos mayores	Usuarios canalizados a los diferentes programas de promoción y prevención	90
ACTIVIDADES REALIZADAS		

SEGUIMIENTO EJECUCION DE ACTIVIDADES DE P Y P

Nº DE USUARIOS CARNETIZADOS	8253	2730	8004	11391	30378	META OPTIMA ANUAL	META OPTIMA TRIMESTRE	SEGUIMIENTO		
	8253	13203	8004	11391	40851			TOTAL EJECUTADO TRES TRIMESTRES	% EJECUCION ACUMULADO	DIFERENCIA
ACTIVIDAD	CAPRECOM	COMFABOY	COMFAMILIAR	COMPARTA	TOTAL ANUAL METAS	META OPTIMA ANUAL	META OPTIMA TRIMESTRE	TOTAL EJECUTADO TRES TRIMESTRES	% EJECUCION ACUMULADO	DIFERENCIA
control placa	11171	17627	10880	14850	54528	29990	13632	23361	57	17535
Detartaje	1337	2155	1231	1699	6422	3532	1606	6728	140	-1912
fluor	5208	7944	5478	6932	25562	21728	6391	11756	61	7416
Sellantes	1559	2263	1763	2188	7773	6607	1943	7619	131	-1789
CCD medico	159	437	225	261	1082	1028	271	805	99	7
CCD enfermera	2204	3091	2166	3301	10762	10224	2691	5634	70	2438
control joven	667	1061	655	879	3262	2447	816	2618	107	-172
hemoglobina	85	120	91	107	403	302	101	318	105	-16
CPN 1 Vez medico	221	347	198	282	1048	996	262	554	70	232
CPN seguimiento enfermera	310	486	277	345	1418	1347	355	565	53	499
CPN seguimiento medico	331	519	296	422	1568	1490	392	2297	195	-1121
consulta odontología	221	347	198	282	1048	996	262	456	58	330
Serología	221	347	198	282	1048	996	262	1030	131	-244
Hemograma	221	347	198	282	1048	996	262	862	110	-76
Hemoclasificacion	221	347	198	282	1048	996	262	601	76	185
FFV	221	347	198	282	1048	996	262	1086	138	-300
Uroanálisis	352	552	315	449	1668	1585	417	964	77	287
Glucosa	221	347	198	282	1048	996	262	716	91	70
TD	350	549	313	446	1658	1575	415	741	60	503
Micronutrientes	568	891	508	725	2692	2557	673	2098	104	-79
VIH consejería	221	347	198	282	1048	996	262	513	65	273
Adulto Mayor	507	839	437	624	2407	1324	602	1010	56	795
Laboratorios	507	839	437	624	2407	1324	602	1013	56	792
Agudeza visual 4, 11, 16 Y 45 AÑOS	587	987	594	849	3017	2564	754	1365	60	898
HB	32	43	52	101	228	217	57	12	7	159
DPT	199	280	181	316	976	927	244	943	129	-211

Comprometidos para una vida mejor

POLIO	210	292	197	329	1028	977	257	2236	290	-1465
HIB	32	43	46	101	222	211	56	140	84	27
PENTAVALENTE	32	43	52	101	228	217	57	1285	751	-1114
TV	340	437	263	452	1492	1417	373	921	82	198
FA DE 1 AÑO	183	201	123	247	754	716	189	463	82	103
CPF 1 Vez mujer	109	178	102	140	529	450	132	824	208	-427
CPF control mujer	1101	1778	1013	1411	5303	4508	1326	5096	128	-1119
CPF 1 Vez Hombre	5	5	3	4	17	14	4	9	71	4
CPF control hombre	10	10	6	8	34	29	9	3	12	23
DIU	22	35	20	28	105	89	26	91	116	-12
anticonceptivos orales	789	1273	725	1010	3797	3227	949	2218	78	630
OTROS METODOS	184	296	169	235	884	751	221	6297	950	-5634
metodo de emergencia	79	128	73	102	382	325	96	0	0	287
CCU	1717	2906	1642	2228	8493	7219	2123	5866	92	504

Nota: Se debe tener en cuenta que los contratos finalizan el 30 de abril de 2014.

Comprometidos para una vida mejor

6. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

En el contexto de los indicadores contenido en el Decreto 743 de 2013, que pretenden llevar a cabo una evaluación objetiva de la gestión gerencial durante el período para el cual he sido nombrado, partiendo como postulado fundamental la calidad y seguridad en la prestación de los servicios a nuestros pacientes, la cual solo se logra con estabilidad financiera que permita garantizar todos los parámetros que intervienen en el proceso de atención, es necesario formular y desarrollar múltiples estrategias enmarcadas en lo que la norma define, como programa de saneamiento fiscal y financiero

Los retos planteados por la ESE necesitan de una estructura organizacional dinámica y flexible que se fundamente en proyectos de desarrollo administrativo y financiero y de gestión jurídica, que garanticen los recursos necesarios para la operación de la empresa y dar cumplimiento a las diferentes metas establecidas

Objetivo: Garantizar la utilización eficiente de los recursos, mediante la implementación de los diferentes procedimientos institucionalizados, para lograr el funcionamiento y la sostenibilidad institucional

INDICADOR	Riesgo fiscal y financiero , categorización de la ESE por parte del ministerio de salud y protección social en cuanto la categorización del riesgo	
DESCRIPCION	El artículo 80 de la ley 1438 de 2011, establece que “el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros”.	
FORMULA	$\frac{\text{SUPERAVIT O DEFICIT TOTAL}}{\text{INGRESOS OPERACIONES TOTALES RECAUDADOS}}$	
CALIFICACION	3	
CALCULO	BAJO	
COMENTARIO	De acuerdo a la resolución No. 1877 de mayo 30 de 2013, Salud Sogamoso fue calificada por el Ministerio de Salud y Protección social en riesgo financiero bajo, por lo que se le da una calificación de 3	

INDICADOR	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	
DESCRIPCION	Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más que proporcionalmente frente al gasto. La única meta de resultado posible para obtener una calificación de cinco (5) puntos que representa el indicador, se logra disminuyendo en un diez (10%) la relación año tras año, es decir obtener un cociente de 0.9.	
FORMULA	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación}/\text{Número de UVR producidas en la vigencia})]}{(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior}/\text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior})}$	
CALCULO	9.710 / 11,11	= 0,87
CALIFICACION	3	
COMENTARIO	Según la resolución 743 del 15 de marzo de 2013, cuando el indicador arroje menos de 99%, obtiene una calificación de 3	

INDICADOR	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	
DESCRIPCION	A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.	
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico - quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/Valor	

	total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico-quirúrgico.	
CALCULO	399,348,535 / 470,961,384	0.85
CALIFICACION	5.0	
COMENTARIO	Según la resolución 743 del 15 de marzo de 2013, cuando el indicador arroje un indicador mayor o igual al 70%, obtiene una calificación de 5	

INDICADOR	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	
DESCRIPCION	Este indicador mide la eficiencia en los pagos a servidores independiente de su forma de vinculación.	
FORMULA	Valor deuda superior a 30 días de salarios y OPS vigencia actual - valor deuda superior a 30 días de salario y ops vigencia anterior	
CALCULO	0 - 1.175.440	. = -1.175.440
CALIFICACION	3.0	
COMENTARIO	La deuda superior a 30 días de vencida hizo que la calificación se bajara ya que la variación de la deuda arrojó valor negativo, por lo que su calificación es de 3	

INDICADOR	Utilización de información de registro individual de prestaciones de RIPS (Caracterización de la población capitada, perfil epidemiológico y frecuencias de uso de los servicios)	
DESCRIPCION	Se presentaron a la Junta Directiva los cuatro informes requeridos en el año	
FORMULA	numero de informe de RIPS presentados a junta directiva	
CALIFICACION	5.0	

COMENTARIO	Trimestralmente, la información de número de consultas por los diferentes profesionales, número y clase de laboratorios, vacunación de acuerdo al esquema del PAI, indicadores de producción, indicadores de calidad, entre otros, se llevan a la junta directiva para su conocimiento y análisis, para este periodo se incluyó la información de perfil de morbilidad discriminada por los diferentes grupos etareos.
-------------------	--

INDICADOR	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores)		
DESCRIPCION	Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.		
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)		
	$\frac{\text{Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)}}{\text{Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.}}$		
CALCULO	$\frac{5259879048}{4442608165}$	1.18	sin DI
	$\frac{5682401792}{4442608165}$	1.28	con DI
CALIFICACION	5.0		
COMENTARIO	Se hace el calculo del indicador en dos escenarios: con disponibilidad presupuestal y sin disponibilidad presupuestal, en ambos arroja una calificacion de 5 ya que el indicador es mayor que uno.		

INDICADOR	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
------------------	---

DESCRIPCION	Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y mantenimiento hospitalario a la Superintendencia Nacional de Salud semestralmente.
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
CALIFICACION	5.0
COMENTARIO	Se han presentado los informes semestrales con oportunidad, teniendo en cuenta los periodos de presentacion en la circular unica de la Supersalud.

INDICADOR	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	
DESCRIPCION	La Ese presenta oportunamente los informes trimestrales, semestrales y anuales que solicita la Direccion de Prestación del Servicio que una vez validados, se remiten al ministerio de Protección Social.	
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	
CALIFICACION	5.0	
COMENTARIO	Se han presentado los informes trimestrales, semestrales y anuales con oportunidad, teniendo en cuenta las fechas establecidas para su presentación	

7. GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

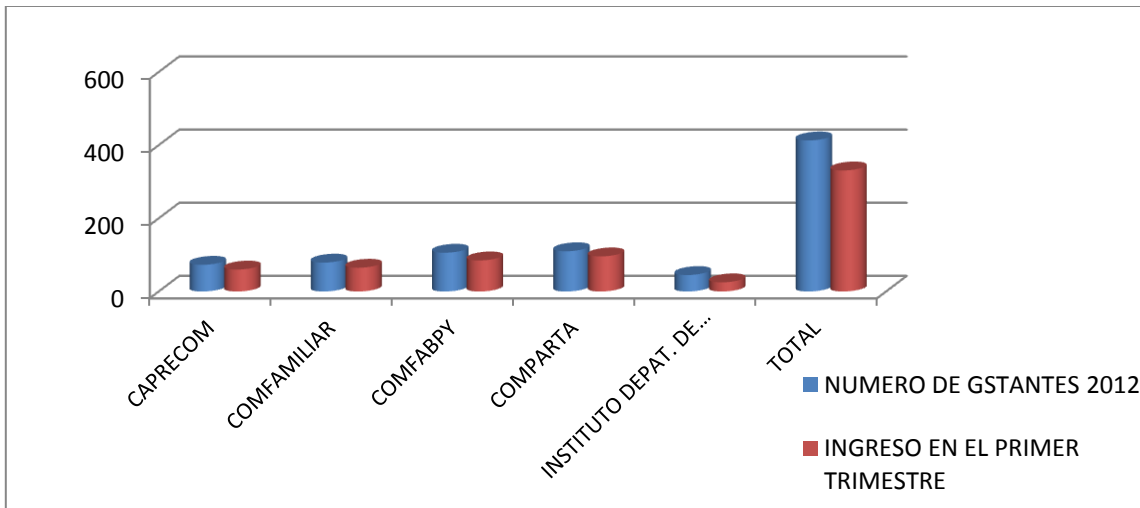
La gestión asistencial es la base de la razón de ser de la institución, en ella se incluye los procesos misionales que influyen positivamente en el estado de salud de la población usuaria.

El proceso de dar asistencia a un paciente se puede concebir como una serie de actividades tendientes a mejorar la condición clínica del mismo.

Objetivo: es ofrecer al usuario servicios accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y continuos que lleven a una mejor la salud de la población.

Comprometidos para una vida mejor

AREA	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR	FUENTE
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de gestantes a quienes se le realizo por lo menos una valoración medica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la E.S.E. a mas tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas	>0,85	COORDINADOR ASISTENCIAL
AÑO 2013			69	COORDINADOR ASISTENCIAL

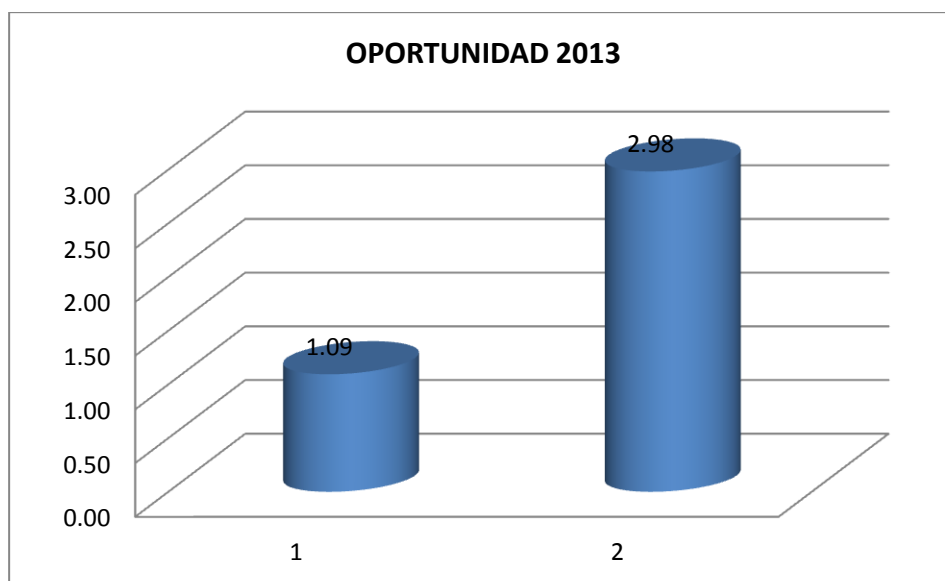


Comprometidos para una vida mejor

AREA	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR	FUENTE		
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIA L	Evaluación de Aplicación de guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva	Numero de Historias clinicas que hacen parte de la muestra representativa Con la Aplicación estricta de la guia de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE / Total de Historias clinicas Auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnostico de hipertensión arterial objeto de evaluación	>0,90	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	73	AÑO 2013

AREA	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR	FUENTE		
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL	Evaluación de Aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Numero de Historias clinicas que hacen parte de la muestra representativa de niños menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guia tecnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo /Numero de Historia clinicas de niños menores de 10 años incluidas en la muestra representativa incluidas en la muestra representativa a quienes se atendio en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la Vigencia	>0,80	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	81	AÑO 2013

INDICADOR	LINEA BASE	META	EFFECTUADO 2012
Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	3	3	2.98



El gráfico refleja la oportunidad en asignación de citas de consulta de medicina general, en el año 2013 se asignaron en promedio 57266 citas de Medicina General en un margen de 113300 días transcurridos desde que el usuario solicita la cita para ser atendido y la fecha que fue asignada.

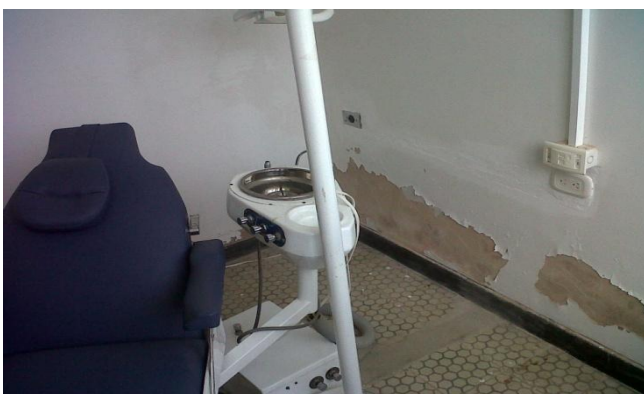
En promedio la oportunidad para el año 2013 fue de 2.039

INVERSIONES

Salud Sogamoso realiza una inversión para el mejoramiento de las usi:

MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA USI PEDREGAL

VALOR: \$30,781,413.00



ra

CONTRATO NO. 486 DE 2013–OBJETO: MANTENIMIENTO INTEGRAL DE LA USI CAÑAS POR VALOR DE \$12.503.325.





Comprometidos para una vida mejor

CONTRATO NO. 485 DE 2013–OBJETO: MANTENIMIENTO INTEGRAL DE LA USI CINTAS POR VALOR DE \$17.483.395.



Comprometidos para una vida mejor



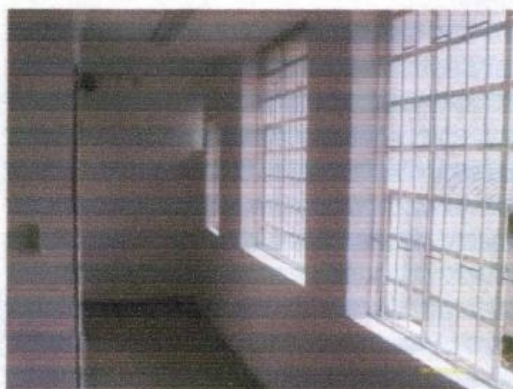
CONTRATO NO. 483 DE 2013–OBJETO: MANTENIMIENTO INTEGRAL DE LA USI SUCRE POR VALOR DE \$24.534.540.





Comprometidos para una vida mejor

CONTRATO NO. 484 DE 2013–OBJETO: MANTENIMIENTO INTEGRAL DE LA USI DIAMANTE POR VALOR DE \$8.332.526.



Comprometidos para una vida mejor



**CONTRATO NO.470 DE 2013–OBJETO: MANTENIMIENTO INTEGRAL DE LA
USI MORCA POR VALOR DE \$. 15.777.969**



Comprometidos para una vida mejor



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rocio del Pilar Barrera Sanchez'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'R'.

ROCIO DEL PILAR BARRERA SANCHEZ
GERENTE