



SALUD SOGAMOSO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Comprometidos para una vida mejor

INFORME DE GESTIÓN

PERIODO 2014

Presentado por
ROCIO DEL PILAR BARRERA SANCHEZ
Gerente

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 2014, 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 2014, orientados hacia los resultados de los indicadores y con énfasis en los principales programas y proyectos que se están desarrollando en la Empresa Social del Estado Salud Sogamoso.

1. INFORMACION 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 Secretaria 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.

2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA



“Salud Sogamoso ESE, se compromete a proteger la salud de la población de la provincia de Sugamuxi, prestando servicios de primer nivel, enfocadas en la Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, disponiendo efectivamente de todos los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, con calidad, seguridad y humanización, centrados en el usuarios y sus familias.

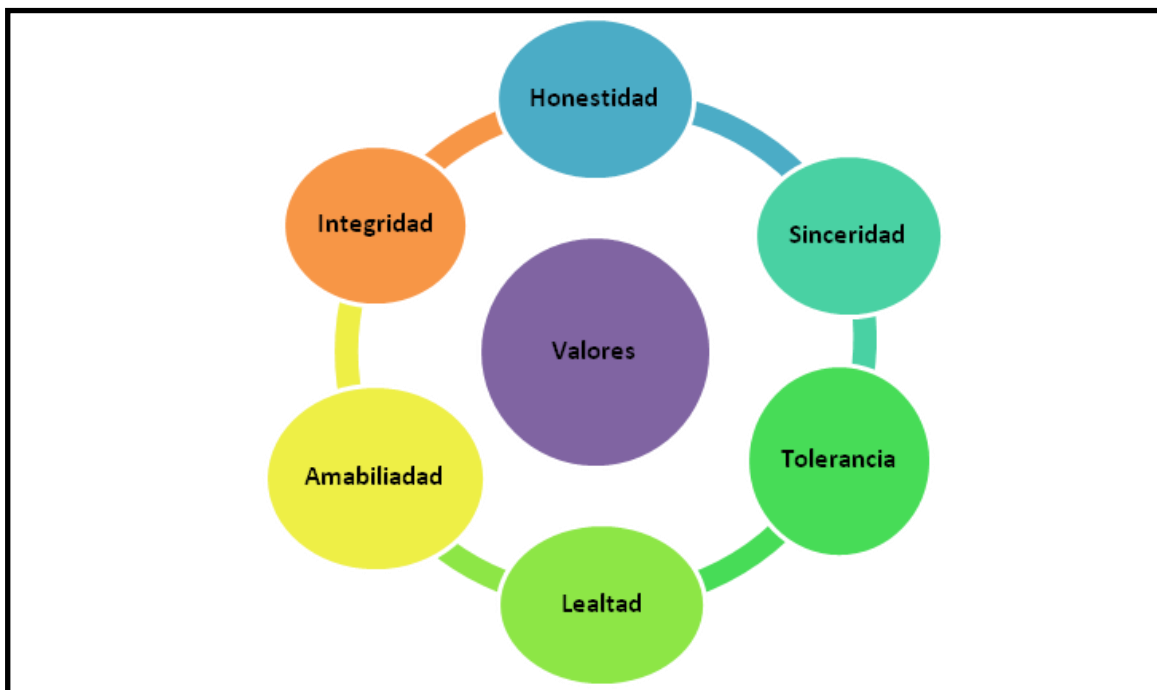


“En el año 2017 Salud Sogamoso E.S.E. será la empresa modelo a nivel regional en el desarrollo de procesos de salud acreditados, caracterizándose por la excelencia humana e innovación en las herramientas para la prestación de los servicios de salud que coadyuvan a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias.

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.



Comprometidos para una vida mejor

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 Régimen 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.

MAPA DE PROCESOS



Comprometidos para una vida mejor

3. LÍNEAS PLAN DE GESTIÓN



3.1 DIRECCIÓN 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.

3.1.1 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

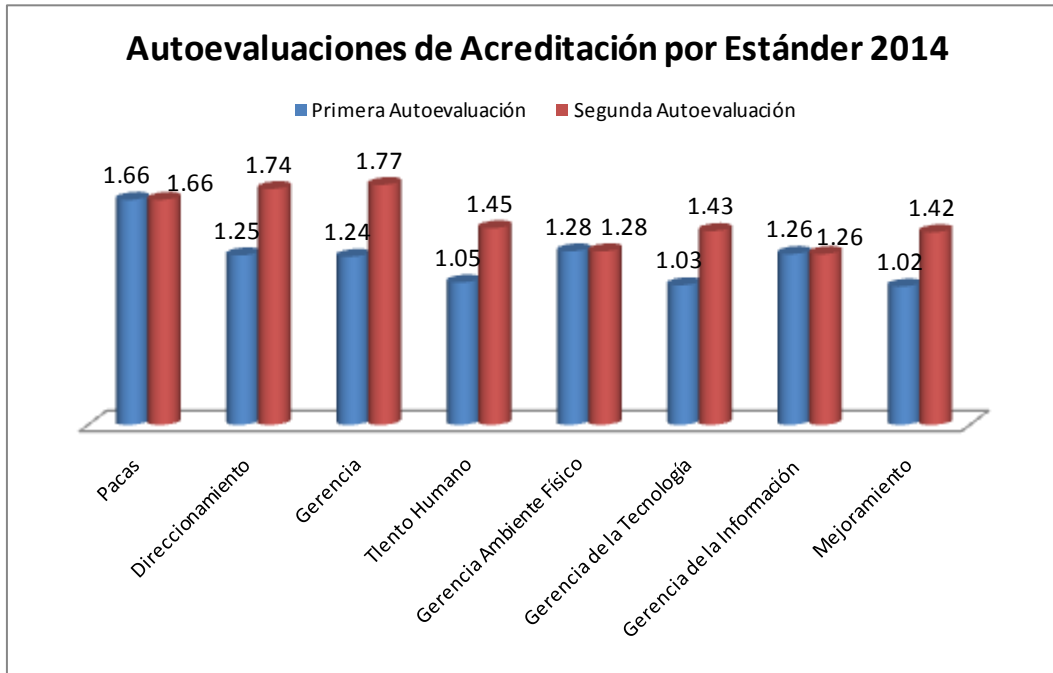
Se realizó una observación directa, estructurada con un enfoque cuantitativo y cualitativo, con registro sistemático, aplicando el **MANUAL DE ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO COLOMBIA**, para ello obtuvimos la asesoría del grupo innovar el cual realizó un diagnóstico desde la autoevaluación a los estándares de habilitación de acuerdo a las resoluciones 2003 de 2014, según la autoevaluación a diciembre de 2014, se generó un plan de trabajo el cual fue entregado al área de calidad.

Se definieron los grupos de acuerdo a los estándares de acreditación y se realizó cronograma de autoevaluación de estándares de acreditación.

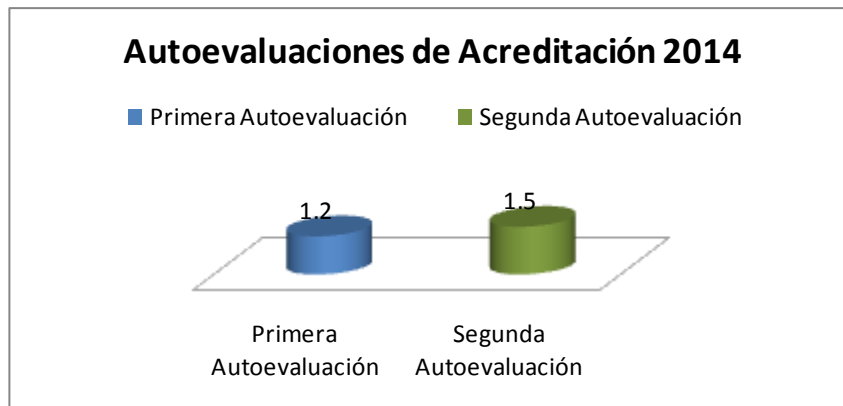
- Se realizaron capacitaciones al grupo de autoevaluación, junta directiva y todos los colaboradores de la E.S.E salud Sogamoso, en acreditación, seguridad del paciente, liderazgo.
- Se realizó autoevaluación y planes de acción a los estándares de PACAS, Direccionamiento, Gerencia, Gerencia de la información, Gestión de la Tecnología, Talento humano, Ambiente físico y Mejoramiento.

De acuerdo al proceso de acreditación se realizó el ejercicio estratégico donde se actualizó la Misión y Visión de acuerdo a los criterios de los estándares de acreditación. Registrando un total 975 actividades para el cierre de brechas de los estándares con énfasis inicial en enfoque.

En la siguiente gráfica se muestra los resultados de la calificación promedio de cada uno de los estándares de acreditación según Resolución 123 de 2012.



Se realizó revisión de planes de mejora y cierre de brechas frente a los estándares de direccionamiento, gerencia realizando nuevamente autoevaluación dando como resultado:



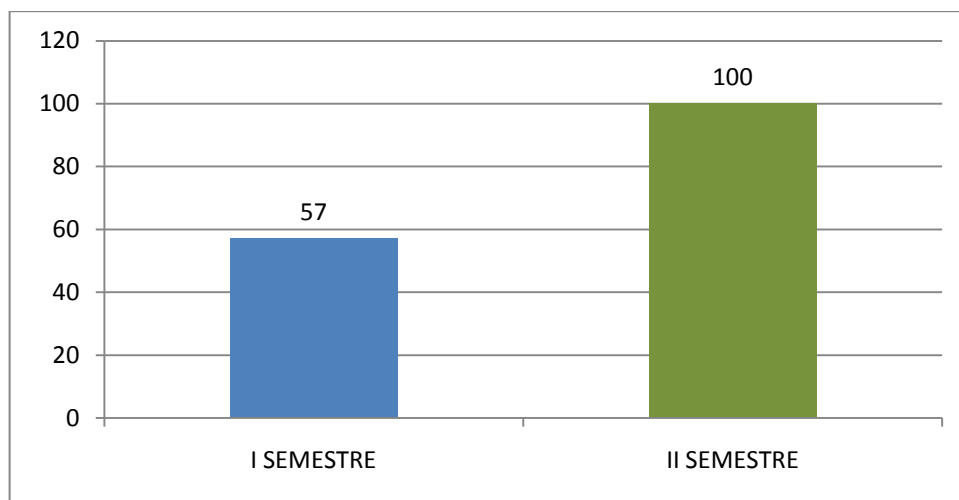
En promedio la segunda calificación obtenida por la institución es de 1,51 que comparado con la calificación inicial de 1,22.

Comprometidos para una vida mejor

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CALCULO	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	promedio de la calificación de la autoevaluación en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación	1.5/1.0	1.5	1	0.05

3.1.2 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2014, se realizó a partir del diagnóstico situacional, frente a al cumplimiento de estándares de acreditación manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 003, resolución 123 de 2012, se formuló dando cumplimiento a la ruta crítica del PAMEC, según lineamientos del Ministerio de Salud y 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 relacionados con los estándares de Seguridad del Paciente, Acceso, Gerencia de la Información y talento Humano.



Dentro del plan de mejoramiento realizado año 2014 se cumplió con las siguientes actividades.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS SEGÚN PLAN DE MEJORAMIENTO	% DE EJECUCION DE CADA ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESULTADOS								
Evaluar Programa de Seguridad del Paciente, socializarlo y medir adherencia.	90%	Se actualiza el programa de Seguridad del paciente.								
Definir e implementar estrategias para fortalecer la cultura de seguridad del paciente	100%	Se definen estrategias para fortalecer seguridad del paciente (Implementación de protocolo de higiene de manos según OMS, Identificación del personal a través de utilización de carné de identificación, rondas de seguridad, protocolo de Bioseguridad "No alimentos en área asistencial), implementación de los 10 correctos de enfermería).								
Socializar procedimiento y formato para reporte y seguimiento de eventos adversos	100%	Se actualiza y socializa procedimiento y formato de reporte de eventos adversos, incidentes y complicaciones, articulado con reactivo vigilancia y tecno vigilancia.								
Definir indicadores de gestión de eventos adversos con frecuencia mensual, socializarlo y retroalimentar seguimiento a eventos presentados	100%	Se definen indicadores de eventos adversos año 2014, según ficha técnica institucional, el consolidado año 2014, se presentaron y gestionaron 30 eventos adversos.								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="829 1148 1344 1188">AREA</th> <th data-bbox="1344 1148 1471 1188">No.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="829 1188 1344 1234">LABORATORIO CLINICO</td> <td data-bbox="1344 1188 1471 1234">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1234 1344 1281">ODONTOLOGIA</td> <td data-bbox="1344 1234 1471 1281">26</td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1281 1344 1327">VACUNACION</td> <td data-bbox="1344 1281 1471 1327">1</td> </tr> </tbody> </table>	AREA	No.	LABORATORIO CLINICO	3	ODONTOLOGIA	26	VACUNACION	1
		AREA	No.							
		LABORATORIO CLINICO	3							
		ODONTOLOGIA	26							
		VACUNACION	1							
		E.A. 2014								
		ENERO	4							
		FEBRERO	5							
		MARZO	3							
		ABRIL	6							
		MAYO	3							
		JUNIO	0							
		JULIO	1							
AGOSTO	2									
SEPTIEMBRE	2									
OCTUBRE	2									
NOVIEMBRE	1									
DICIEMBRE	1									

Implementar Rondas de Seguridad	100%	Con apoyo de integrantes del comité de Seguridad del Paciente se implementaron rondas de seguridad, se aplicaron listas de chequeo las cuales se enfocaron a cumplimiento de condiciones de infraestructura, adherencia a procesos asistenciales, PGIRASA, Manual de Bioseguridad y lineamientos internos. Los resultados y oportunidades de mejora se socializaron y gestionaron desde el comité de seguridad del paciente.
Socializar, publicar y medir adherencia a la política de seguridad del paciente	100%	Se socializo la política de seguridad del paciente a través de los diferentes medios institucionales (Boletín, carteleras, redes sociales, altavoz). En el mes de Agosto se midió adherencia a la política de seguridad del paciente con u resultado de adherencia del 87%
Evaluar que el programa de seguridad del paciente se encuentre articulado con la guía técnica de buenas prácticas de seguridad	100%	Se articula programa de seguridad del paciente con paquetes insurreccionales normados por el ministerio de Salud y protección Social.
Definir instrumento para identificar riesgos de la atención.	100%	Se actualiza matriz para identificar riesgos, según metodología del DAFP
Identificar, evaluar riesgos de la atención	90%	Se identifican riesgos de procesos asistenciales (Medicina, Odontología, Enfermería, Laboratorio, esterilización)
Identificar, evaluar y generar oportunidades de mejora frente a las barreras de acceso que mitiguen su ocurrencia repetitiva.	90%	Se realiza diagnóstico de barreras de acceso asistenciales. Se realiza diagnóstico de barreras de acceso asistenciales. Se define plan de mejora y realiza cierre eficiente a 20 barreras de acceso de 27 identificadas.
Documentar y socializar ciclo de atención al usuario	90%	Se documenta ciclo de atención al usuario, articulado en modelo de prestación de servicios,
Definir instrumento para medición de clima organizacional Evaluar resultados y generar oportunidades de mejora a las que haya lugar, implementar y realizar seguimiento	90%	Se documenta formato para la medición de clima organizacional. Se aplica encuesta a personal de Salud Sogamoso E.S.E. Se define plan de mejora resultado de tabulación de datos de la encuesta.
Definir y documentar plan de gerencia de la información por proceso.	100%	Se documenta y publica en intranet documento plan de gerencia de la Información, definido por la coordinación de Sistemas
<p>% de ejecución = número de actividades realizadas con % mayor al 70 % x 100 / Número de actividades a realizar en el año.</p> <p style="text-align: center;">(13/13)*100 100%</p>		

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CALCULO	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	13/13	100	5	0.05

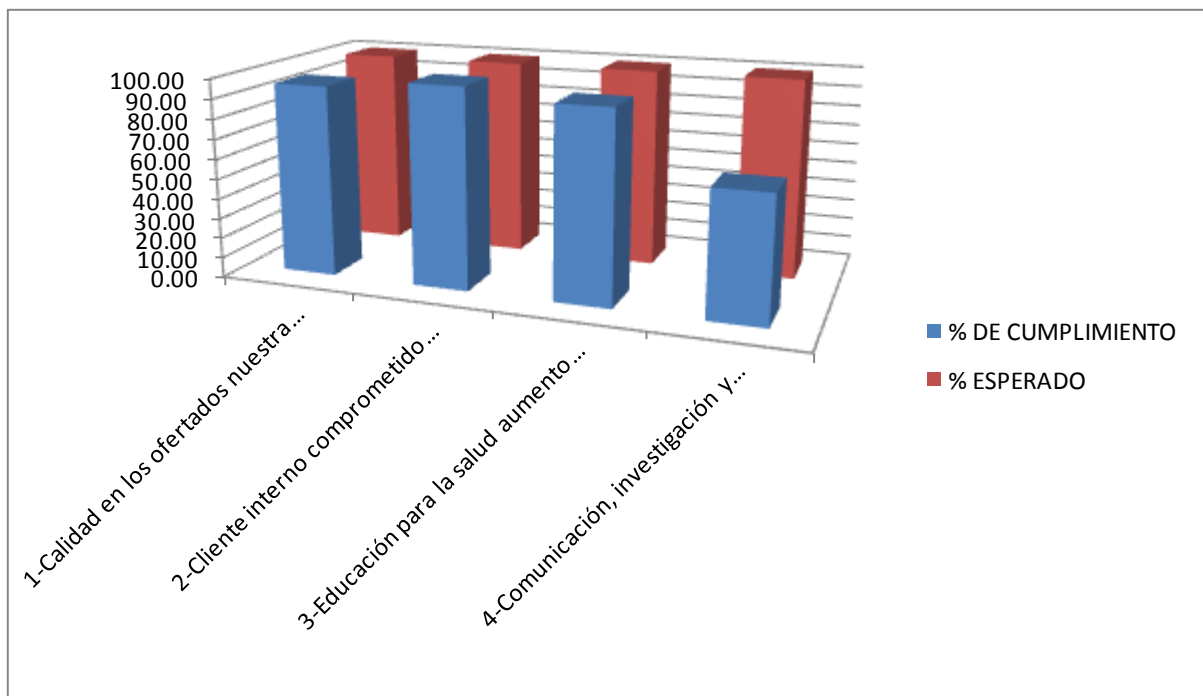
3.1.3 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

METAS PARA EL CUATRIENIO

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

LINEAS DE ACCION	%DE CUMPLIMIENTO
1-Calidad en los ofertados nuestra bandera	95.67
2-Cliente interno comprometido nuestro motor	100.00
3-Educación para la salud aumento en la calidad de vida	95.00
4-Comunicación, investigación y desarrollo para afrontar los desafíos del futuro	62.33
TOTAL	88.25

Comprometidos para una vida mejor



ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	88.25	3	0.10

Comprometidos para una vida mejor

4. 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

INDICADORES DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA A 31 DICIEMBRE DE 2014	
INDICADOR	Riesgo Fiscal y Financiero
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”.
Con la resolución No. 2090 del 29 de mayo de 2014, por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social efectúa la categorización del riesgo de las E.S.E. a nivel territorial, SALUD SOGAMOSO fue calificada SIN RIESGO (anexo técnico 3 de la resolución 2090)	
CALIFICACION	5.0

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,		
VARIABLES		2013	2014
	TOTAL GASTOS FUNC. Y OPERAC.	4.245.100.719	4.112.509.294
	UVR	373.860,00	410.635,00
FORMULA	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia		
	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior/Número de UVR producidas en la vigencia anterior)		
CALCULO	10.015,00 11.354,79	=	0,882
CALIFICACION	5		

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.		
VARIABLES	Medicamentos	224.985.102	199.639.626
	Material Medico-Quirúrgico	53.099.988	47.439.872
	Material de Laboratorio	45.610.817	44.953.333
	Material Odontológico	85.106.068	57.969.041
	TOTALES	408.801.975	350.001.872
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	350.001.872 408.801.975		0,856
CALIFICACION	5		
COMENTARIO	Este indicador indica que del total de adquisiciones medico quirúrgicas y medicamentos el 85,6% se hace a través cooperativas y mecanismos electrónicos arrojando un valor por encima del 70%		

Comprometidos para una vida mejor

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	-	0	=	0
CALIFICACION	50				
COMENTARIO	No existe deuda con más de 30 días de vencida a la fecha del cierre de la vigencia.				

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	4
FORMULA	numero de informe de RIPS presentados a junta directiva	4
CALIFICACIÓN	4	
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 etarios.	

INDICADOR	Equilibrio Presupuestal				
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.				
VARIABLES	Disponibilidad Inic	1.249.890.875			
	Ingresos recaudad	5.564.815.388			
	Gastos comprome	4.813.193.218			
FORMULA	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.				
CALCULO	CON DISPONIBILIDAD INICIAL				
	Ingresos recaudad	6.814.706.263	=		1,42
	Gastos comprome	4.813.193.218			
	SIN CON DISPONIBILIDAD INICIAL				
	Ingresos recaudad	5.564.815.388	=		1,16
	Gastos comprome	4.813.193.218			
CALIFICACION	5				
COMENTARIO	Para el cálculo del indicador se toman los ingresos con y sin disponibilidad inicial y aun así el indicador tiene una calificación de 5. Este resultado indica que los ingresos superan a los compromisos en un 42% incluyendo la disponibilidad inicial, y sin incluirla aun supera los compromisos en un 16%				

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				
COMENTARIO	Se han presentado los informes semestrales con oportunidad, teniendo en cuenta el cronograma que existe para su presentación				

Comprometidos para una vida mejor

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 y anuales que solicita la Dirección 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
COMENTARIO	Se han presentado los informes trimestrales, semestrales y anuales con oportunidad, teniendo en cuenta las fechas establecidas para su presentación

5. 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.

5.1 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

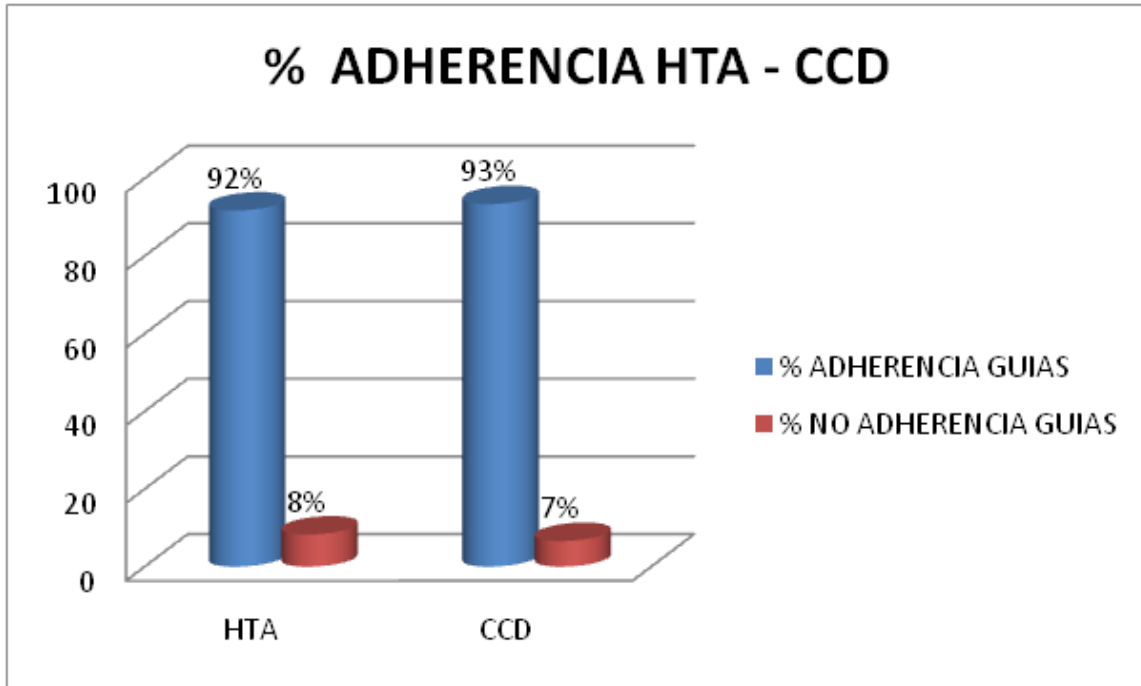
PROGRAMA DE GESTANTES SALUD SOGAMOSO E.S.E 2014-ESTADISTICA GESTANTES NUEVAS SEGÚN INDICADOR SEMANA 12		GESTANTES NUEVAS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL AL INGRESO DEL PROGRAMA		
MES	No. GESTANTES INGRESO AL PROGRAMA	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
ENERO	53	32	16	5
FEBRERO	98	49	34	15
MARZO	57	26	22	9
ABRIL	54	30	22	2
MAYO	112	69	36	7
JUNIO	77	40	27	10
JULIO	91	56	11	24
AGOSTO	67	43	15	9
SEPTIEMBRE	63	44	16	3
OCTUBRE	79	46	29	4
NOVIEMBRE	54	32	16	6
DICIEMBRE	65	30	24	11
TOTALES	805	467	244	94

EL 58 % DE GESTANTES ES CAPTADA EN EL PRIMER TRIMESTRE

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CALUCULO	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	467/805	58	1	0.08

5.2 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIE DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

ADHERENCIA A GUÍAS DE ATENCIÓN EN SALUD



Se observa con una Adherencia a la Guía de Control de Crecimiento y Desarrollo con un 93%, en comparación con la guía de Hipertensión Arterial con un 92%, en Salud Sogamoso E.S.E.

INDICADOR DE PROPORCIÓN

✓ HIPERTENSIÓN ARTERIAL

$135/143 \times 100 = 92\%$ ADHERENCIA

$8/135 \times 100 = 8\%$ NO ADHERENCIA

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CALCULO	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	Evaluación de Aplicación de guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.	143/135	92	5	0.07

Comprometidos para una vida mejor

5.3 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

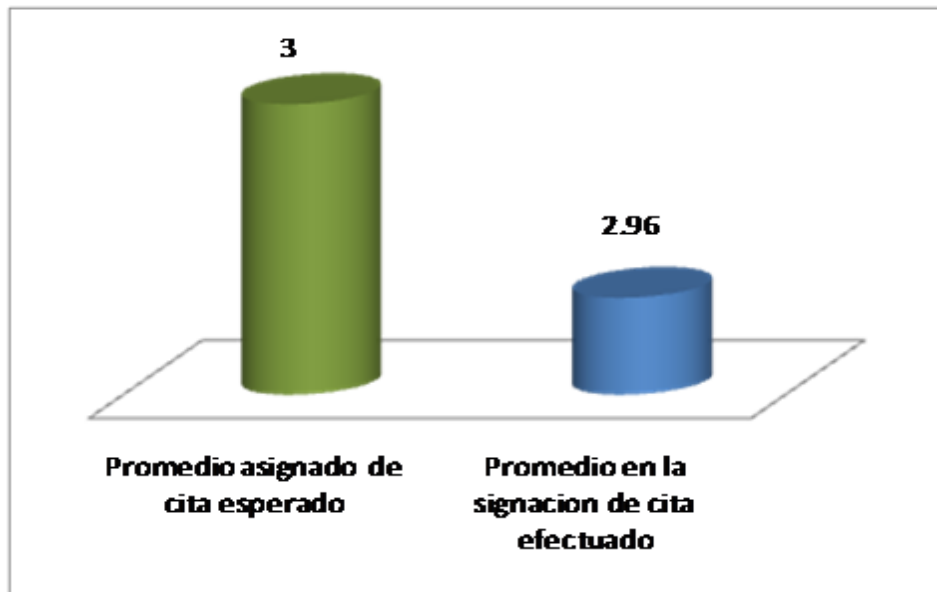
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

$87/94 * 100 = 93\%$ ADHERENCIA

$7/94 * 100 = 7\%$ NO ADHERENCIA

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	CALCULO	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACION R/743	PONDERADO R/743
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL	Evaluación de Aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	87/94	93	5	0.06

5.4 OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL



El gráfico refleja la oportunidad en asignación de citas de consulta de medicina general, en el año 2014 se asignaron en promedio 94.698 citas de Medicina General en un margen de 116.571 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 2014 fue de 2.96

Comprometidos para una vida mejor

ÁREA DE GESTIÓN	NOMBRE DEL INDICADOR	SUMATORIA PORCENTAJE	CALIFICACIÓN R/743	PONDERADO R/743
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	2.96	3	0.06

El anterior Plan de Gestión ha sido presentado siguiendo una metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a la vez teniendo en cuenta las necesidades sentidas y ya establecidas en la institución, con el fin de impactarlas y lograr un buen desarrollo institucional tanto como Empresa Social del Estado, como también considerando que el principal capital de la misma es el talento humano y con la visión que la prestación de los servicios de salud se brinden con calidad, optimizando recursos y siendo eficientes, para mejorar la situación de salud de la población Sogamoseña, así como la calidad de vida de toda la población de la provincia de Sugamuxi.

ROCIO DEL PILAR BARRERA SANCHEZ
GERENTE

Comprometidos para una vida mejor