
	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

**INFORME DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2021,
EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 408 DE 2018.**



**SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SOGAMOSO, BOYACÁ**

MARZO DE 2022

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

INTRODUCCIÓN

Salud Sogamoso E.S.E. es una institución prestadora de Servicios de Salud de Ambulatorios del Orden Municipal, con autonomía administrativa y Financiera con patrimonio propio, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194,195 y 197 de la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y adscrita a la Secretaria Municipal de Salud del Municipio de Sogamoso; fue creada mediante Acuerdo N° 082 del 27 de Diciembre de 1996 emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso.

A través de Acuerdo de Junta Directiva No. 005 de 2020, se aprobó y adoptó el Plan de Gestión y Desarrollo 2020-2024 para su implementación en Salud Sogamoso ESE. Este documento contiene los objetivos, las metas de gestión y la ruta estratégica y operativa en búsqueda constante de suplir las necesidades de salud de nuestra población a través de la prestación de servicios enmarcados en la filosofía de excelencia. Así mismo los objetivos estratégicos del mencionado plan se encuentran alineados con los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud, tales: gestión de tecnología, humanización de la atención, seguridad de paciente, enfoque y gestión del riesgo, transformación cultural y responsabilidad social.

La Gestión Institucional para la vigencia 2021, estuvo enfocada en la implementación de las acciones necesarias para lograr las mejoras planteadas, guiados por el ciclo PHVA de mejora continua.

De igual forma se continuó trabajando en fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación y articulación de los modelos de Gestión: MIPG, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud –SOGC y Administración de riesgos, a fin de contribuir a la generación de mayor valor público en la prestación de los servicios, orientado a la simplificación y mejoramiento de procesos.

En el presente informe se exponen los resultados de la ejecución del plan de gestión para la vigencia 2021 de Salud Sogamoso ESE, de acuerdo a los contenidos del anexo No. 2 de la Resolución 408 de 2018. En el mismo se describen los indicadores y estándares por áreas de gestión, con su respectivo análisis.



**PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE
PROCESOS**

Código: GDP-F-025

Versión : 01

Fecha : 03/03/2017

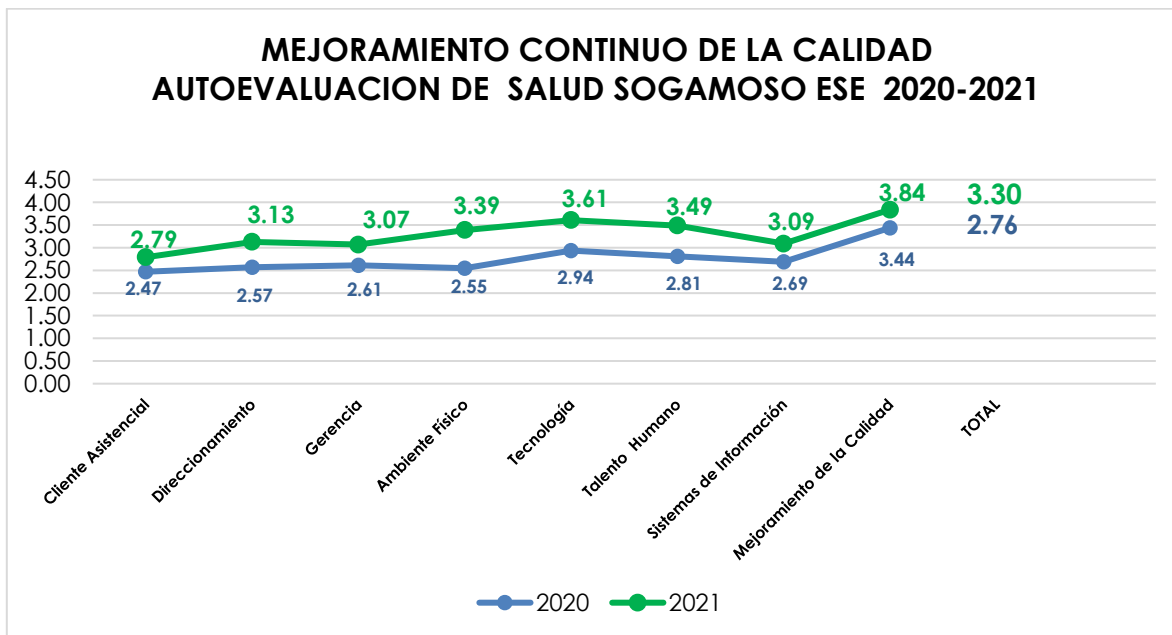


**INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE
CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO
ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA
VIGENCIA ANTERIOR**


INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN

ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

Indicador No. 1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
Formula:	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.			
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Autoevaluación: $\geq 1,20$			
Estándar meta institucional año 2021:	Autoevaluación: $= 1,20$			
Calculo:	Año 2020	Año 2021	Resultado	Fuente: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
	2.7	3.30	1.2	



Fuente: Autoevaluación 2020-2021

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017


Salud Sogamoso ESE está comprometida con la acreditación en salud, teniendo claro que no es un fin, sino un medio que permite alcanzar mejoras continuas y prestar un servicio de calidad a los usuarios; voluntariamente se quiere demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable la resolución de muchos los problemas críticos.

Para la vigencia 2021 se han desarrollado procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obteniendo resultados que impactan en:

- La atención de los usuarios con el pleno cumplimiento de sus derechos y haciendo exigible el cumplimiento de sus deberes.
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que prestamos.
- Disminución en el riesgo al paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales y en el SGSSS.
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.
- Incremento en la satisfacción de los equipos de salud.
- Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno.

Se inicia el ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de autoevaluación y mejoramiento con la decisión firme y sincera de la alta dirección de desarrollar un proceso de mejoramiento continuo que forje la cultura de calidad en Salud Sogamoso ESE. Implicó el análisis y estudio de cada uno de los estándares y la comparación contra ellos del desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados. El proceso de análisis de los diferentes grupos de estándares ha incluido la comparación de la realidad institucional con dichos estándares, la definición de brechas de cumplimiento, el desarrollo de acciones de mejoramiento y la realización de autoevaluaciones formales. El objetivo es lograr niveles de desempeño superiores, antes de pasar al ciclo de aplicación. El ciclo de preparación también incluye la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de presentación, los cuales son determinados por el ente acreditador y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Gerencia y todos los colaboradores de Salud Sogamoso ESE han tomado la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación, la evaluación interna

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

indica que se ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador y cumplir con los prerequisites o también denominados “requisitos de entrada” para aplicar formalmente

En la vigencia 2021 se logran avances significativos por cada uno de los estándares de acreditación los cuales se detallan a continuación:

Cliente Asistencial

La institución cuenta con un código de Integridad socializado con los colaboradores. La ESE cuenta con un Comité de Ética.

Dentro de la plataforma estratégica de la institución se encuentra inmersos valores y principios institucionales.

Se cuenta con política de prestación de servicios, la cual está enmarcada dentro de los atributos de calidad, se cuenta con modelo de prestación y Atención de servicios el cual incluye la prestación de servicios con calidad independiente de la modalidad de contratación o venta de servicios.


Se cuenta con un Programa de Seguridad del paciente actualizado con paquetes instruccionales que aplican a la entidad, indicadores, con comité de Seguridad del paciente; se tiene definida la Política de Seguridad del Paciente, se ha definido la metodología para el reporte voluntario de eventos adversos, se realiza la gestión de eventos adversos mediante protocolo de Londres; así mismo se cuenta con indicador eventos adversos y su respectivo seguimiento y análisis, se ha capacitado a todo el personal de la institución sobre de Política de Seguridad, se cuenta con matriz de riesgos y se realizan rondas de seguridad .

Se cuenta con los deberes y derechos del paciente, donde se establece que se tiene acceso a la prestación de los servicios sin discriminación alguna.

Se cuenta con el Manual de Historia Clínica en donde se menciona la confidencialidad como una de las características de la Historia Clínica, el sistema CNT cuenta con acceso restringido al ingreso a HCL.

Se cuenta con el Protocolo de Abordaje integral de casos especiales

Se dispone de Ventanilla Preferencial, punto de atención IAMI, con prioridad para gestantes y menores de 5 años y punto crónico.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Direccionamiento

El Plan de Gestión y Desarrollo institucional 2020-2024 aprobado mediante Acuerdo de No. 005 de 2020, contiene los objetivos estratégicos orientados a: la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

Se tiene definida la política de humanización del servicio, la cual se adoptó por resolución.

En la encuesta de satisfacción se realizan preguntas enfocadas a verificar si al usuario de le brindo una atención humana, y se realiza seguimiento al indicador de Humanización del servicio.

Para el año 2021 mediante el plan de acción del programa de humanización se realiza el despliegue de las diferentes líneas de acción con cliente interno y externo.


Se continua con la monitorización de indicadores estratégicos los cuales permiten establecer el análisis con tendencia de los cuatro últimos años, mediante el tablero de indicadores.

Gerencia

Se cuenta con la política de administración del riesgo mediante - Resolución No. 342 de 2020, en la cual se establece la metodología para la administración del riesgos asistenciales, clínicos y administrativos. Así mismo se realiza seguimiento al plan de tratamiento de riesgos de manera cuatrimestral.

Se cuenta con el manual de referenciación competitiva y comparativa documentado e implementado, con sus respectivos formatos.

En la vigencia 2021 se realizaron referenciaciones comparativos de ambiente físico, seguridad del paciente, mejoramiento de la calidad, modelo de atención, laboratorio clínico, y responsabilidad social, con entidades del mismo nivel de atención acreditadas.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Talento Humano

Se cuenta con el plan estratégico de talento Humano, este se realiza de acuerdo a la identificación de necesidades, las cuales salen de las siguientes herramientas implementadas:

Se actualiza el procedimiento de capacitación a fin de evaluar el impacto de la capacitación impartidas.

Se realiza seguimiento a la ejecución de las actividades en el programa de transformación cultural.

Se documentan las listas de chequeo de la buena práctica para la prevención del cansancio y fatiga del personal de acuerdo al paquete instruccional implementado por el programa de seguridad del paciente


Ambiente Físico

La Gestión del Ambiente Físico cuenta con una matriz de identificación de necesidades de Ambiente físico, respuesta oportuna y seguimiento.

Se cuenta con protocolos de bioseguridad establecidos e implementados en las diferentes áreas de atención, se tiene establecido el mecanismo de reporte de evento adverso mediante el software de la OPS, de igual manera se cuenta con una plataforma para el reporte de mantenimientos correctivos y su respectivo seguimiento, se realizó capacitación mediante estrategias lúdico pedagógicas del uso seguro del ambiente físico, tanto en usuarios como en colaboradores, realización de rondas de verificación del uso seguro del ambiente físico, adherencia al uso seguro del ambiente físico.

Se cuenta con una política y programa de Gestión ambiental, implementación de la línea de responsabilidad social, de igual manera se estableció una estrategia de fortalecimiento del reciclaje y la estrategia ambiental seguridad ambiental para el uso racional de los recursos ambientales, se realiza la adopción de un parque sembrando alrededor 5000 plantas, fortaleciendo el cuidado del mismo, por otro lado se realiza concientización y capacitación en los diferentes grupos (grupos crónicos, maternas, vacunaciones covid, usuarios y colaboradores) sobre uso racional de los recursos naturales fomentando una cultura ecológica

En este estándar se cuenta con el Plan Hospitalario de Emergencia para todas las sedes aprobado por la secretaria de salud revisado por defensa civil y cruz roja.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Se cuenta con el grupo de brigadistas y se realiza simulacros para realizar la medición la capacidad del plan e identificar oportunidades de mejora, se cuenta con los recursos necesario para reaccionar a cualquier tipo de emergencia que se pueda presentar, se cuenta con un plan de capacitaciones contemplando la capacitación del grupo de brigadistas, fortalecido en atención de primeros auxilios, control de incendios y evacuación

Gestión de la Tecnología

Se cuenta con un manual de gestión de la tecnología de acuerdo con las actividades críticas de la gestión de la tecnología desde su planeación hasta dar de baja de la misma y se realiza seguimiento de manera trimestral la indicador de necesidades de la tecnología.

Se adoptaron los formatos de seguimiento y reporte de alertas emitidos por el INVIMA con una periodicidad semanal.

Se implementaron stickers con los links de la ruta para mantenimiento, reporte de eventos e incidentes adversos (seguridad de paciente) y matriz de necesidades.

Se crearon guías rápidas para uso de los equipos de mayor complejidad en los servicios de laboratorio clínico, odontología y proceso de esterilización.

Se implementaron stickers de clasificación por riesgo en los servicios de laboratorio clínico, odontología y proceso de esterilización.


Se cuenta con 5 indicadores para medir la adherencia a los procesos y procedimientos contenidos en el manual de gestión de la tecnología.

Gerencia de la información

Se cuenta con el formato de necesidades de la información implementado y gestionado por los distintos procesos de la institución, el cual hace parte del manual de gerencia y seguridad de la información, con seguimiento bimensual y socialización en comité de gestión.

En la página web se alojan los formatos tales como, PQRSF consulta de validación para atención en salud, sección para entrega de información a usuarios y Formulario para solicitud de información pública.

Para esta vigencia se crea el formato de necesidades de comunicaciones internas el cual sirve para informar a nuestro cliente externo sobre temas institucionales relevantes.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Se cuenta con el procedimiento de consulta y préstamo de documentos para cliente interno y externo el cual se realiza seguimiento y socialización en comité de planeación.

Se cuenta con el manual de gerencia de la información, PESI y PETI en los cuales se articulan las actividades realizadas con la planeación de gerencia de la información.

Se cuenta con el procedimiento y socialización de minería de datos.

Se cuenta con el formato de solicitud de necesidades de la información e el cual se evidencia cada una de las solicitudes que hacen las distintas áreas a sistemas de información.

Se cuenta con herramientas para la generación de informes automáticos (Report builder, sql reporting services, crystal reports) y envío de dichos informes a correos electrónicos institucionales.

Se cuenta con el tablero de indicadores estratégicos, política de seguridad y confiabilidad de la información, Instrumentos archivísticos, procesos y procedimientos de la gestión documental.


Mejoramiento de la Calidad

Adherencia de todos los equipos de autoevaluación al procedimiento institucional (Manual de autoevaluación y Pamec) lo que ha permitido un aumento gradual en la calificación cuantitativa el cual nos permite como institución acceder a la Ruta Critica (Postulación ante el ente acreditador).

Se realizan seguimientos periódicos al cumplimiento del PAMEC lo que permite identificar brechas de forma oportuna y establecer acciones para no afectar el mejoramiento continuo de la calidad de acuerdo con lo planeado

Se activa el equipo de mejoramiento institucional el cual estaba unificado con el Comité de Gestión y Desempeño esto con el fin de realizar el seguimiento a la ejecución del PAMEC por parte de la gerencia y definir compromisos con respecto a las brechas que requieran decisiones y/o recursos gerenciales


Se institucionaliza la feria de la calidad para la vigencia denominada "IMAGINAMOS, JUGAMOS Y APRENDEMOS" en donde se socializaron los resultados por cada grupo de estándares al 100 % de los trabajadores de la institución como estrategia de conocimiento institucional.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Se adquiere el Software Almera como herramienta de mejoramiento institucional el cual unifica todas las fuentes de mejoramiento facilitando así su control y cumplimiento.


Se realiza cierre de ciclo de PAMEC con un cumplimiento global del 0.98 cumpliendo así la meta esperada del 0.95

Se anexa uno (01) cd con el Documento de autoevaluación vigencia evaluada (2021) y vigencia anterior (2020)

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

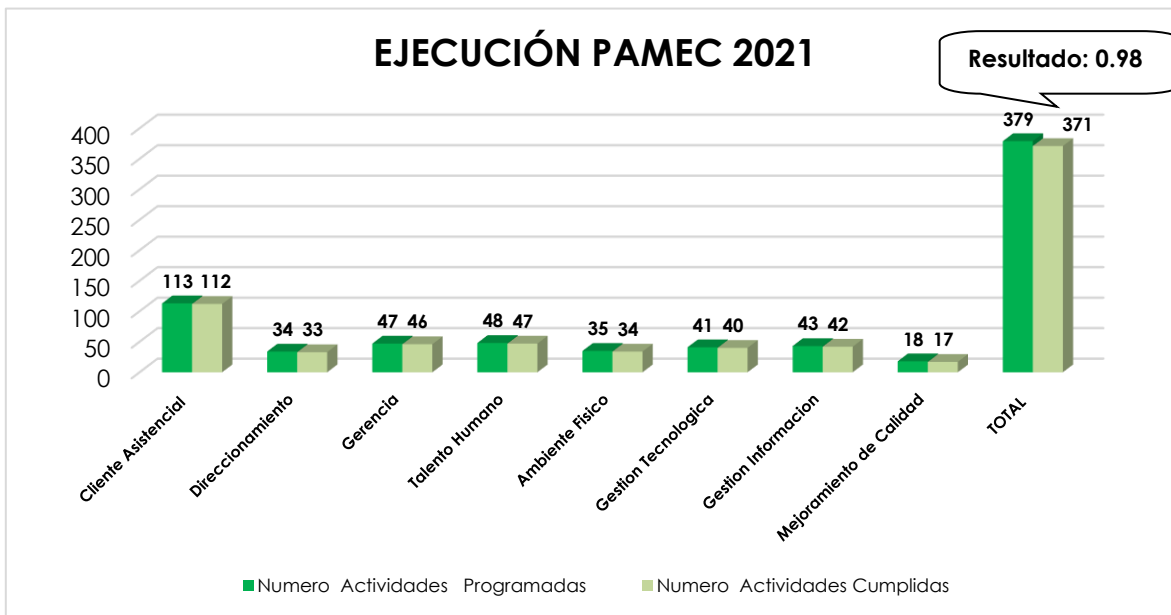
Indicador No. 2:	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	
Formula:	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	>= 0,90	
Estándar meta institucional año 2021:	>= 0,95	
Resultado:	Año 2021	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.
	0.98	

Dada la importancia de trabajar continuamente en los procesos de auditoría compuesto por actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos institucionales enfocados a mejorar la atención al usuario, para la vigencia 2021 se formuló el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC; se programaron para la vigencia un total de 379 actividades, distribuidas en los 8 grupos de estándares de acreditación.

Así mismo y a través del monitoreo constante realizado a la ejecución del PAMEC, en el siguiente se describe los resultados del mismo:

ESTADO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PORGRUPO DE ESTÁNDARES								
	PACAS	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Gestión Tecnología	Gerencia de la Información	Mejoramiento de Calidad	Numero Acciones
Completo	112	33	46	47	34	40	42	17	371
En desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atrasado	1	1	1	1	1	1	1	1	8
No iniciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	113	34	47	48	35	41	43	18	379


Fuente: PAMEC 2021



Fuente: PAMEC 2021

El Programa para el Mejoramiento Continuo de la Calidad PAMEC de la vigencia 2021, en concordancia con el direccionamiento estratégico se ha desarrollado, desde la óptica de preparación para la acreditación en salud, con la priorización de 379 actividades. En este sentido el proceso de mejora de la ESE se caracterizó por la implementación y evaluación de cada una de las acciones por cada grupo de estándar, luego trabajar en periodos anteriores en la metodología de enfoque; así mismo se inicia con la evaluación de las actividades que permitiesen medir y valorar la efectividad de los cambios realizados.


Se obtiene un cumplimiento acumulado para la vigencia 2021 del 0.98, correspondiente a 371 acciones de mejoramiento desarrolladas, de las 379 programadas. Los grupos de estándares con mayor cumplimiento corresponden a PACAS (99%), Gerencia (98%) Talento Humano (98%) Gestión de la Tecnología (98%), Gestión de la información (98%), Direccionamiento (97%), Mejoramiento (94%). Se identifica un atraso del 2 % de las acciones de mejoramiento planeadas, correspondiente a 8 actividades. Una en cada grupo de estándares. La actividad que no se desarrolló corresponde a una única acción denominada "Diligenciar y hacer seguimiento a los indicadores del proceso, en forma completa y oportuna acorde a la periodicidad establecida en la ficha tecnica", la cual se incorporó en

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

el mejoramiento de cada uno de los grupos de estándares y por consiguiente a pesar de ser sola una acción, se ve reflejada en los ocho grupos.

Los resultados obtenidos al cierre de la vigencia y cumplimiento del 0.98 del PAMEC, son fruto del proceso evaluativo y el análisis del impacto de las acciones de mejoramiento programadas y ejecutadas, que permitieron el cierre de brechas, enfocadas a mejorar la atención eficiente, efectiva y oportuna de los usuarios.

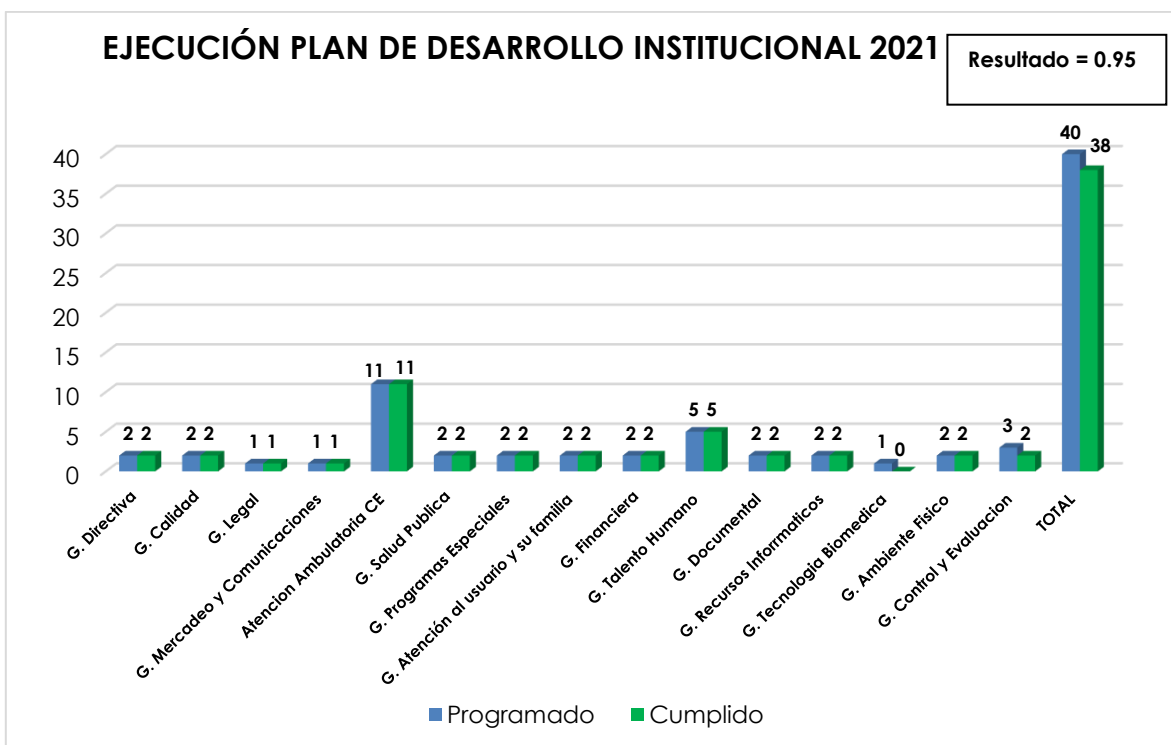
Se anexa documento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017




INDICADOR No. 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Indicador No.3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	
Formula:	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	>= 0.90	
Estándar meta institucional año 2021:	0.90	
Resultado:	Año 2021	Fuente: Informe del responsable de planeación de la E.S.E. de lo contrario informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener el listado de metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador
	0.95	



Fuente: Informe Oficina Planeación 2021

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017


Como se describe en la grafica anterior, de un total de 40 metas programadas se cumplieron 38 de ellas, con un resultado del 0.95 en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. Las metas dos (02) que no alcanzaron el estándar proyectado hacen parte de los procesos de Gestión de la Tecnología (01 meta) y Gestión de Control y Evaluación (01 meta).

Así las cosas la primera meta pertenece al proceso de Gestión de la Tecnología, y está asociada al indicador de "Porcentaje de necesidades de tecnología resueltas", por cuanto para el tercer trimestre de 2021 no se lograron realizar la totalidad de mantenimientos preventivos programados asociados a la gestión biomédica ; razón por la cual para el cuarto trimestre de 2021, se implementó un plan de choque superando el 100% de los mantenimientos realizados vs los programados; sin embargo este resultado aunque ayudo a mejorar el comportamiento del indicador, no fue suficiente para alcanzar la meta.

La segunda meta hace parte del proceso de Gestión de Control y Evaluación, y está relacionado con el indicador "Porcentaje de Informes enviados oportunamente", meta que no fue cumplida, dado que los mismos se cargaron en la plataforma dispuesta por el ente de control, al día siguiente de la fecha establecida en la circular (domingo) que dispone las condiciones y términos para tal fin.


La ejecución del 0.95 en el Plan de Desarrollo Institucional, se genera como resultado del seguimiento permanente de los avances en la gestión que permitieron introducir mejoras en la misma, mejoras centradas en la atención del paciente y su familia.

Se anexa Informe del responsable de planeación de la ESE

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No.5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

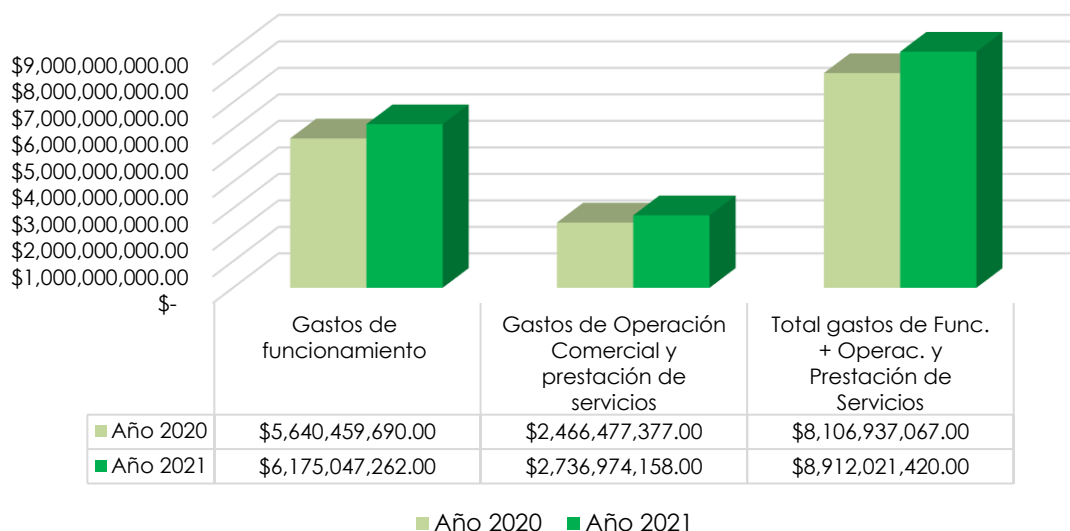
AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Indicador No.	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida.		
Formula:	((Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)/ gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia de la evaluación/ Numero de UVR producidas en la vigencia anterior))		
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	< 0, 90		
Estándar meta institucional año 2021:	1		
Resultado:	Año 2020	Año 2021	Resultado
	27,777.67	24,516.55	0.88
	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social		

DESCRIPCIÓN	2020	2021
Gastos de funcionamiento comprometido	5.640.459.690	6.175.047.262
Gastos operación comercial y prestación de servicios comprometidos	2.466.477.377	2.736.974.158
TOTAL GASTOS FUNC. Y OPERAC.	8.106.937.067	8.912.021.420
UVR	291.850,89	363.510,40
TOTAL GASTOS FUNC. + OPERAC Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS / UVR	27.777,67	24.516,55

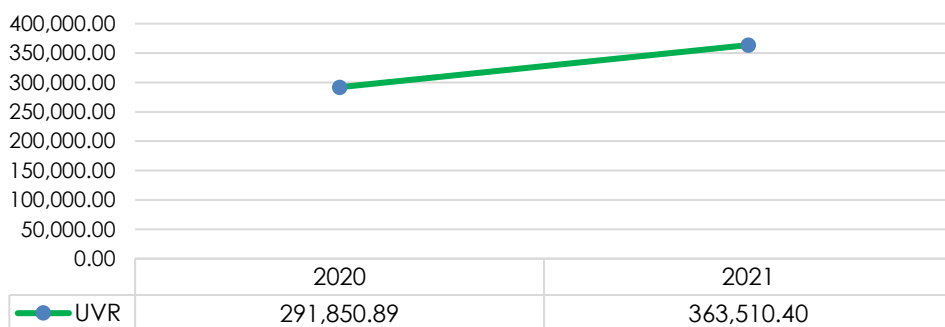
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	$= \frac{24.516,55}{27.777,67} = 0.88$
--	--

COMPARATIVO GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS 2020-2021




Fuente: Plataforma SIHO

Unidad de Valor Relativa Producida 2020-2021



Fuente: Plataforma SIHO

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Los Gastos de funcionamiento están conformados por: 1) los Gastos de personal tanto administrativo como asistencial, contribuciones inherentes a la nómina y servicios personales indirectos, y 2) los gastos generales. Estos gastos de funcionamiento para el año 2020 fueron de \$ 5.640.459.690 y para la vigencia 2021 fueron de \$ 6.175.047.262.00, presentado un incremento de \$ 534,587,572.00.

Los Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios comprenden: 1) medicamentos y 2) la compra de bienes y servicios para prestación de servicios diferentes a medicamentos, los cuales para la vigencia 2020 ascienden a la suma de \$ 2,466,477,377.00 y para la vigencia 2021 \$ 2,736,974,158.00, incremento que corresponde a la suma de \$ 270,496,781.00, teniendo en cuenta que se requiere un mayor flujo de recursos para afrontar la emergencia sanitaria por COVID-19, garantizando la capacidad instalada, el recurso humano y los elementos necesarios para la prestación de servicios de la ESE. En cuanto a la producción se muestra para la vigencia 2021 un incremento, cerrando con 363.510,40 UVR, es decir, 71,659.51 UVR más frente a la vigencia de 2020, teniendo en cuenta la implementación y ejecución de las actividades del Plan de Acción institucional para el despliegue del Plan Nacional de vacunación, situación que incrementa significativamente el número de dosis de biológico aplicadas, y por ende la productividad de este servicio.

Se anexa Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social




INDICADOR No.6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A). COMPRAS CONJUNTAS B). COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. C). COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a).Compras conjuntas b). Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos	
Formula:	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno ó 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 E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico, en la vigencia evaluada.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≥0,7	
Estándar meta institucional año 2021:	0.85	
Resultado:	Año 2021 <u>\$ 900.787.789.68</u> \$ 919,699,749.68 = 0.97	Fuente: Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador

Las adquisiciones totales por concepto de medicamentos y material médico quirúrgico de Salud Sogamoso ESE, en la vigencia 2021 fueron de \$ 919.699.749,68 desglosados así: \$ 179.881.900,68 corresponden a adquisiciones de Material médico quirúrgico a través de cooperativas de empresas sociales del estado; \$ 720.905.889 corresponden a las adquisiciones de medicamentos por

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

mecanismos electrónicos; \$ 2.177.350 conciernen a adquisiciones igualmente de medicamentos pero a través de caja menor y finalmente se adquirieron \$ 16.734.610 en medicamentos por compra directa.

En este orden ideas y de acuerdo a lo expuesto anteriormente el Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada a través de mecanismos electrónicos y cooperativas de empresas sociales del estado fue de \$ 900,787,789.68, para un resultado del 0.97 del indicador.

Se anexa certificación suscrita por el revisor fiscal.



**PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE
PROCESOS**


Código: GDP-F-025

Versión : 01

Fecha : 03/03/2017




**INDICADOR No.7: MONTO DE LA DEUDA
SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE
SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR
CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS
Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA
VIGENCIA ANTERIOR**

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior			
Formula:	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de 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 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)			
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Cero (0) ó variación negativa			
Estándar meta institucional año 2021:	Cero (0) ó variación negativa			
Resultado:	Año 2020	Año 2021	Resultado	Fuente: Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor Fiscal por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador
	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	


El talento humano es uno de los activos más importantes con el que cuenta la ESE, por cuanto a través del capital humano se facilita la gestión y el cumplimiento de las metas trazadas; es por ello que la ESE continua con la implementación de políticas y estrategias encaminadas a garantizar con oportunidad el pago por concepto de remuneración del trabajo para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación, razón por la cual da continuidad al seguimiento a los tiempos establecidos por cada uno de los responsables en el trámite y pago de las cuentas a funcionarios, contratistas y proveedores, identificando acciones de mejora generadas por el proceso evaluativo que han permitido el respectivo cierre de ciclos.

Teniendo en cuenta las estrategias desarrolladas para la vigencia 2021, el Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017


por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente anterior fue de cero (0), para el mencionado periodo.

Se anexa certificación suscrita por el revisor fiscal.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017




INDICADOR No.8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES- RIPS

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 8:	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones- RIPS	
Formula:	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E. presentados a la Junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	4	
Estándar meta institucional año 2021:	4	
Resultado :	Año 2021	Fuente: Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E. o quien haga sus veces., soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe. .
	4	


Para la vigencia 2021 se presentaron a la Junta Directiva 4 informes del análisis de la prestación de servicios Salud Sogamoso ESE con base en RIPS. Los informes presentados corresponden a los periodos: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, Periodo Octubre – Noviembre de 2021.

Se anexa Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



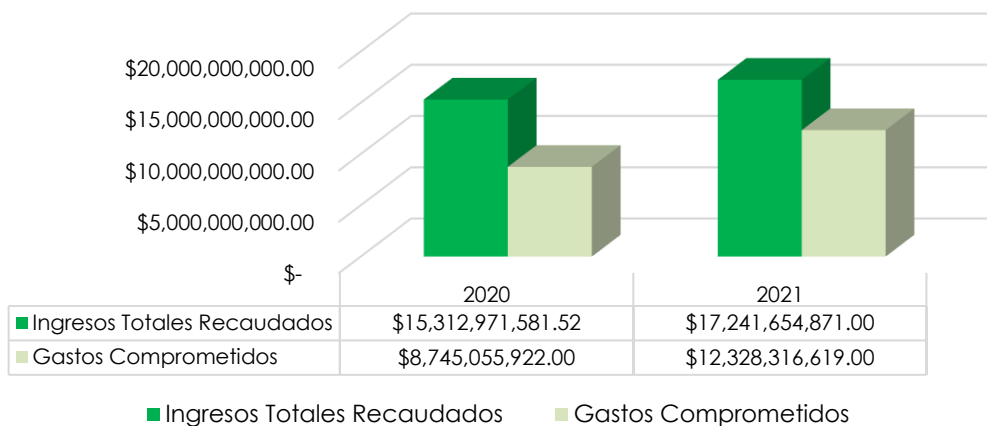
INDICADOR No.9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 9:	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo		
Formula:	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido CxP de vigencias anteriores).		
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≥1		
Estándar meta institucional año 2021:	1		
Resultado:	Año 2021	Resultado	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
	\$ 17.241.654.871	1.40	
	----- \$ 12.328.316.619		

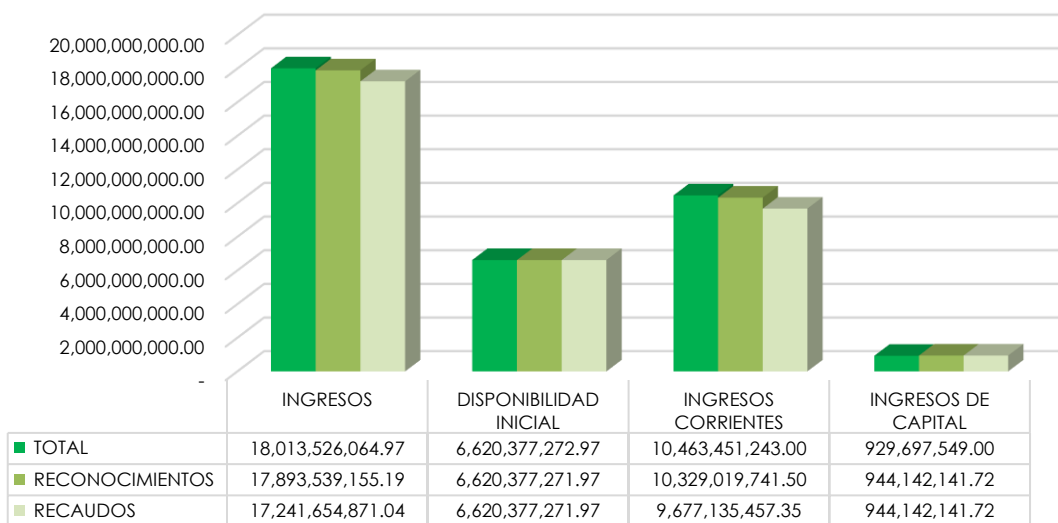
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	2020	2021
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores)	15.312.971.581	17.241.654.871
Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido CxP de vigencias anteriores).	8.745.055.922	12.328.316.619
Resultado	1.75	1.40

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo 2020-2021




Fuente: Plataforma SIHO

PRESUPUESTO DE INGRESOS 2021



Fuente: Ejecución Presupuestal 2021

El presupuesto de Ingresos está compuesto: 1) por la disponibilidad inicial de \$6.620.377.272,97, 2) los ingresos corrientes de los cuales se reconocieron \$10.329.019.741,50 y se recaudaron \$9.677.135.457,35, 3) Ingresos de capital de los


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

que se recaudaron \$944.142.141,72. El Total de Ingresos presupuestados ascendió a \$18.013.526.067,97, de los cuales se recaudaron \$17.241.654.871,04, con un porcentaje de recaudo del 96% frente a lo presupuestado.

El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para la vigencia 2021 fue de 1.40, lo cual indica que los gastos comprometidos fueron inferiores a los ingresos recaudados, permitiendo mostrar una buena gestión del recaudo y evidenciar la aplicación de los lineamientos establecidos en el Manual de cartera, para una adecuada administración de la misma.


Sin embargo, es importante mencionar que el resultado para esta vigencia disminuye en comparación al año inmediatamente anterior teniendo en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución N° 202151000124996 de fecha 26 de julio de 2021, ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la Cooperativa De Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada - COMPARTA EPS-S, identificada con NIT 804.002.105-0, disminuyendo en 7000 usuarios las atenciones ofertadas por la ESE, reflejándose de manera directa en los derechos por cobrar facturados por concepto de la cápita y por ende en los recaudos de los mismos. Se incrementan los compromisos adquiridos, atendiendo a la necesidad de dar cumplimiento a los lineamientos y protocolos impartidos por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social con ocasión de la pandemia por COVID-19, así como también otro factor incidente es la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, garantizando la contratación del talento humano para la gestión y operación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, siendo este otro factor que incide en el incremento de los compromisos para a presente vigencia. Es importante también mencionar, que dentro de este incremento de los compromisos totales también se encuentra el proyecto constructivo de la UBA Monquirá y Magdalena, proyectos de inversión inmersos en el plan de gestión de la vigencia 2020-2024.

Se anexa Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya.	
Formula:	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Estándar meta institucional año 2021:	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Resultado:	No cumple	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo a lo señalado en el documento denominado "Indicadores de la Resolución 408 de 2018" expedido por la Supersalud, en el cual se tiene en cuenta para el Indicador No. 10, la oportunidad en el reporte realizado de los archivos FT004 (Cuentas por Pagar) con periodicidad Trimestral, FT002 (Publicación de estados financieros) con periodicidad anual, FT025 (Reporte de Facturación Radicada) con periodicidad mensual, FT0026 (Contratación) periodicidad trimestral, GT003 (Rendición de cuentas) con periodicidad anual, GT004 (Asociación o Alianza de Usuarios) con periodicidad anual y ST002 (Aplicación del Pamec) igualmente con periodicidad anual; el resultado del mismo como "No cumple", se relaciona con el reporte de información de la facturación radicada, puesto que los mismos se cargaron en la plataforma dispuesta por la Supersalud, al día siguiente de la fecha establecida en la circular (domingo) que dispone las condiciones y términos para tal fin.


Esta situación hizo necesario la formulación del respectivo plan de mejora a fin de dar respuesta a las desviaciones presentadas respecto al envió de esta información. Dicho plan fue monitoreado de manera permanente por la Oficina de Control Interno dado su rol de la relación con entes externos de control.

Se anexa documento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017




INDICADOR No.11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No.11:	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento al decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 , Capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social, o la norma que la sustituya	
Formula:	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Estándar meta institucional año 2021:	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	
Resultado:	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Fuente : Ministerio de Salud y Protección Social

Conforme a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social, para el año 2021 se realizó el reporte de la información correspondiente al I, II, III y IV trimestre de 2021 dentro de los términos previstos.

Se anexa certificación expedida por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la oportunidad en reporte de información trimestral del año 2021 de que trata el Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector Salud y protección social.

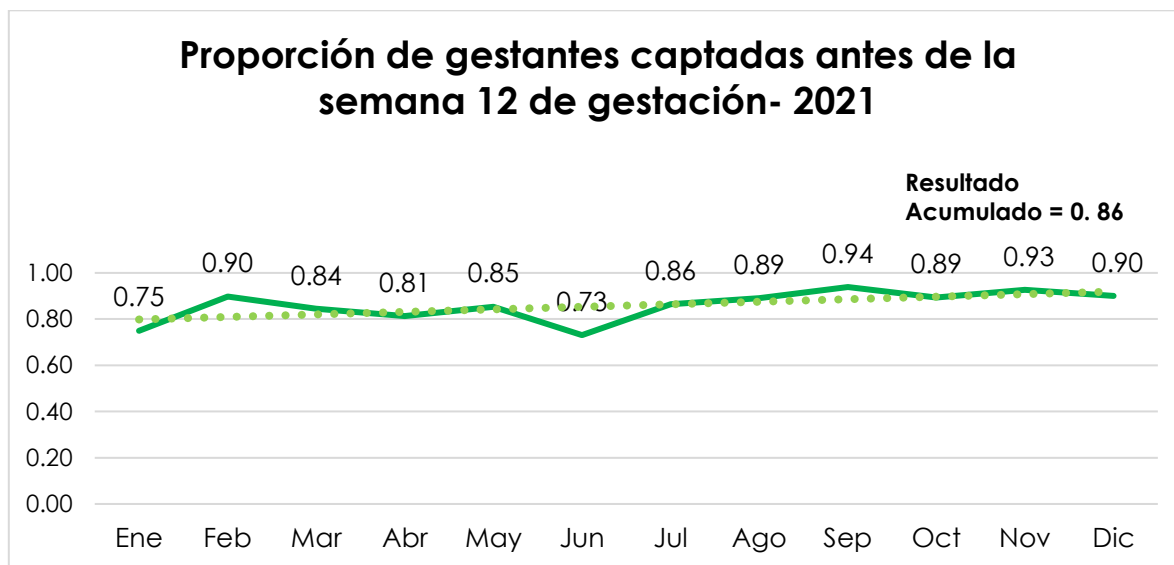
	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017




INDICADOR No. 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN.

ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Indicador No. 21:	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.					
Formula:	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por los menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de Control prenatal de la E.S.E, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación					
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≥0.85					
Estándar meta institucional año 2021:	0.85					
Resultado:	<table border="1"> <tr> <td>Año 2021</td> <td>Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador</td> </tr> <tr> <td align="center">470/ 549=0.86</td> <td></td> </tr> </table>	Año 2021	Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador	470/ 549=0.86		
Año 2021	Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por medico; aplicación de la fórmula del indicador					
470/ 549=0.86						



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2021


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Como se observa en la gráfica para la vigencia 2021 se obtiene un resultado acumulado del 0.86 en la captación de gestantes antes de semana 12, cifra que corresponde a 470 gestantes que se diagnosticaron con embarazo confirmado antes de la semana 12 de gestación en consulta médica de 549 identificadas; las restantes 79 corresponden a mujeres con captación e inicio de control prenatal posterior a dicha semana gestacional, principalmente por motivos asociados al desconocimiento de su condición de embarazo, inadecuada utilización de métodos de planificación familiar, temor de acceder a los servicios de salud por contagio por covid -19 y causas propias de las usuarias tales como descuido en el inicio de controles.

En relación a lo anterior y para el logro de los resultado expuestos, la ESE realiza el ajuste a su estrategia de captación de gestantes denominada ahora "se busca", con el fin de promover los embarazos planeados y fomentar condiciones seguras en el embarazo, determinar los posibles riesgos que se presenten a lo largo de la gestación, atender oportuna y de manera segura las necesidades individuales, direccionando adecuadamente a la mujer al ingreso del control prenatal y desde este a los servicios que se requieren para la atención integral. Así mismo la institución se fija como plan de acción la búsqueda activa de las mujeres en condición de embarazo con menos de 10 semanas de gestación, a través del seguimiento a los gravindex realizados y procesados en laboratorio clínico institucional y extrainsitucional los procesados por Hospital Regional de Sogamoso y la Cruz Roja. De igual forma realiza la búsqueda de los diagnósticos relacionados para afirmar la posible gestación en las usuarias que acuden a medicina general, planificación familiar, psicología, nutrición, odontología entre otras atenciones donde sean identificadas, tarea que se desarrolla con los profesionales que reportan de manera inmediata al proceso de programas especiales la captación en atención a las mujeres en edad fértil para inicio temprano del control prenatal.


Además, se desarrolla el programa radial "hablando en familia", los días miércoles cada 15 días, donde se abordan temas relacionados con la atención e intervención oportuna en el desarrollo del embarazo. Del mismo modo se realizan reuniones con alianza de usuarios con el fin de incentivar la captación temprana de gestantes.

Finalmente, los resultados de indicador de captación de gestantes son presentados en comité IAMI, cifras analizadas por el equipo interdisciplinario

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

donde se establecen las acciones de mejora producto de las desviaciones encontradas.

Se anexa informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.

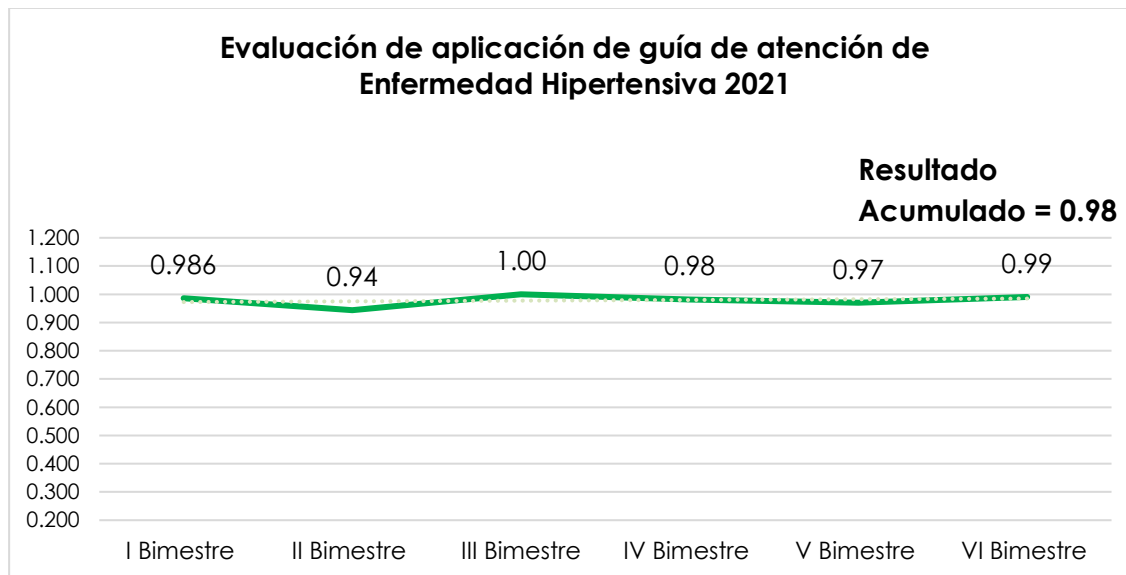
	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA.


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 23:	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	
Formula:	Número de historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018) :	≥0.90	
Estándar meta institucional año 2021	0.90	
Resultado:	Año 2021	Fuente: Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador
	0.98	



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2021

Salud Sogamoso ESE, se encuentra clasificada dentro de la Red de prestación de servicios del Departamento de Boyacá como una Unidad de Gestión del Riesgo Ambulatorio UGRA Centro con dos Unidades Básicas de Atención (UBA


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Magdalena, UBA Monquirá), ante la contingencia nacional y la alerta sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por el nuevo SARS-COV2 (COVID), la cual ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII), por lo cual la institución ha implementado los lineamientos establecidos para la prestación de servicios de salud en el contexto de la pandemia ocasionada por el SARS-COV2 (COVID – 19), favoreciendo la contención en la transmisión del virus y la atención en salud en condiciones de seguridad, continuidad y calidad, en el marco del Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud establecido por la institución con el fin de mejorar acceso, oportunidad y capacidad resolutive en favor de la satisfacción de necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

A través del Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud se buscó responder a las necesidades en salud, en el marco de las competencias de la institución para la prestación de servicios de salud, para lo cual se definen las acciones necesarias para su implementación en la ESE, con el propósito de fortalecer los conocimientos, habilidades y competencias de los colaboradores de la institución, optimizando el ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud, la organización en la prestación de los servicios y la satisfacción del usuario.


De la misma manera el a través del Modelo de Atención y Prestación de Servicios de Salud adoptado por la institución, se fortalece las modalidades de atención en salud con énfasis en la extramural con enfoque en la atención integral, oportuna, segura, pertinente, accesible y continua, facilitando la adherencia a los tratamientos y manejos instaurados en especial para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo estas una de las principales causas del perfil epidemiológico de la ESE.

La grafica permite observar para la vigencia 2021 un comportamiento estable en la adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial Primaria adoptada por Salud Sogamoso ESE, logrando un resultado acumulado en proporción de 0.98, para lo cual se analizaron 1184 Historias Clínicas, de las cuales 1160 cumplieron con los criterios de adherencia, dando cumplimiento a la meta establecida para el indicador. Este resultado refleja el manejo oportuno y pertinente de la enfermedad hipertensiva, buscando evitar complicaciones, secuelas e incluso la muerte en el paciente hipertenso además de estandarizar la

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017


atención del paciente hipertenso, es así como en el marco del mejoramiento continuo institucional se logra obtener los resultados del indicador de adherencia a la GPC de HTA primaria, a través de las siguientes intervenciones e implementación de estrategias como:

1. Seguimiento de la Iniciativa Corazones Globales, como herramienta en la detección, tratamiento, seguimiento y control de la HTA.
2. Fomento de procesos educativos en prácticas de prevención que ayuden a reducir hábitos inadecuados relacionados con la alimentación, prácticas de higiene oral, reducción de contaminación y sedentarismo.
3. Espacios de estudio con profesionales donde se socializa el contenido de la GPC de HTA entre otras, lo que favorece la estandarización clínica de la atención en salud.
4. Retroalimentación de resultados de auditoría de HCL con profesionales médicos.
5. Mesa de trabajo con médicos para analizar causas de No Adherencia a GPC.
6. Solicitud personalizada a los profesionales de formulación de Plan de Mejora acorde a los hallazgos identificados en la auditoría de HCL.
7. Seguimiento y monitoreo sistemático al comportamiento del indicador.
8. Fomento de Autogestión en cada uno de los profesionales.
9. Adopción, continuidad y fortaleciendo de modalidades de atención que favorecen el acceso y oportunidad a grupos de riesgo priorizados. (HTA)

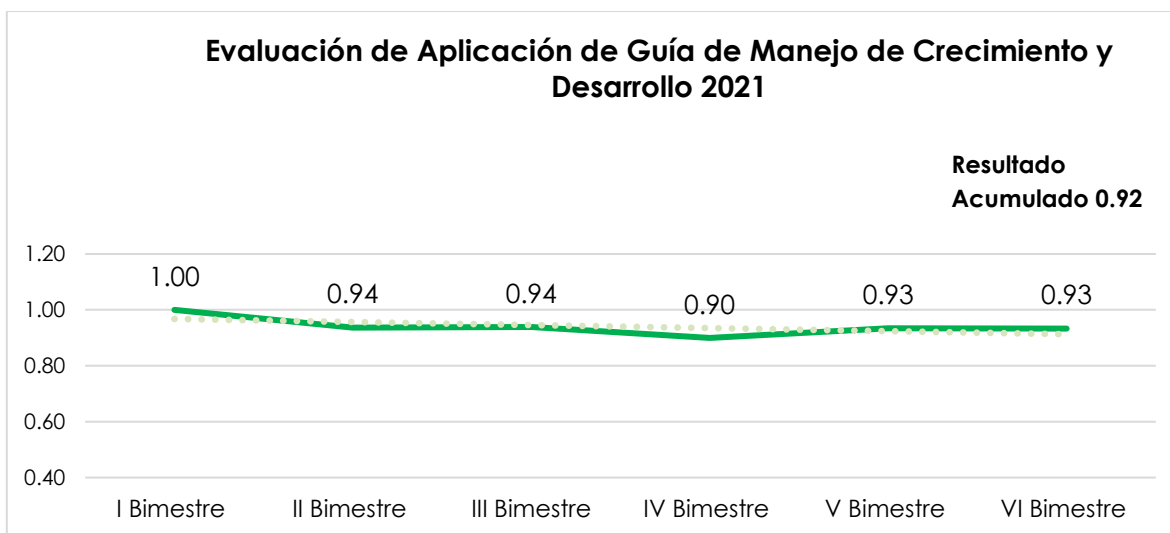
	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017



INDICADOR No. 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.


	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

Indicador No. 24:	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	
Formula:	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Numero de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≥0,80	
Estándar meta institucional año 2021	0.85	
Resultado:	Año 2021 0.92	Fuente: Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (04)



Fuente: Informe comité de historias clínicas 2021


Como se observa en la grafica para la vigencia 2021 la adherencia a la guía manejo de crecimiento y desarrollo alcanzo un resultado del 0.92, representado en 759 historias clínicas que cumplieron con los criterios de adherencia de las 821

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

historias clínicas auditadas. Dentro las acciones institucionales realizadas que permitieron este resultado están: la socialización de AIEPI atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia con el componente clínico a profesionales de medicina general y enfermería, donde se fortalecieron los parámetros de desarrollo físico, psicomotriz y de comportamiento, vigilando el estado nutricional y psicosocial de los menores con el fin de definir manejo y pautas que contrarresten las falencias encontradas, en conjunto con la socialización de resultados de evaluación de adherencia al personal evaluado. Así mismo se recibieron asistencias técnicas y capacitaciones al personal médico y enfermería por parte de la secretaria de salud local y departamental del programa de nutrición.

Aunado a lo anterior la ESE continúa con el mejoramiento en el software de historia clínica en primera infancia e infancia con la adopción del test de valoración integral, dado que es una herramienta que le aporta al profesional de salud a la toma de decisiones durante el proceso de atención, a fin de generar impacto en la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años de edad, con lo anterior se busca que en conjunto con el cuidador se modifiquen los factores de riesgos que impiden mejorar el bienestar y reducir la morbilidad infantil, aplicando la prevención, el diagnóstico temprano y tratamiento para garantizar un crecimiento adecuado para la edad. Así mismo se continúan con las capacitaciones en la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia con los profesionales de medicina y enfermería de la institución.

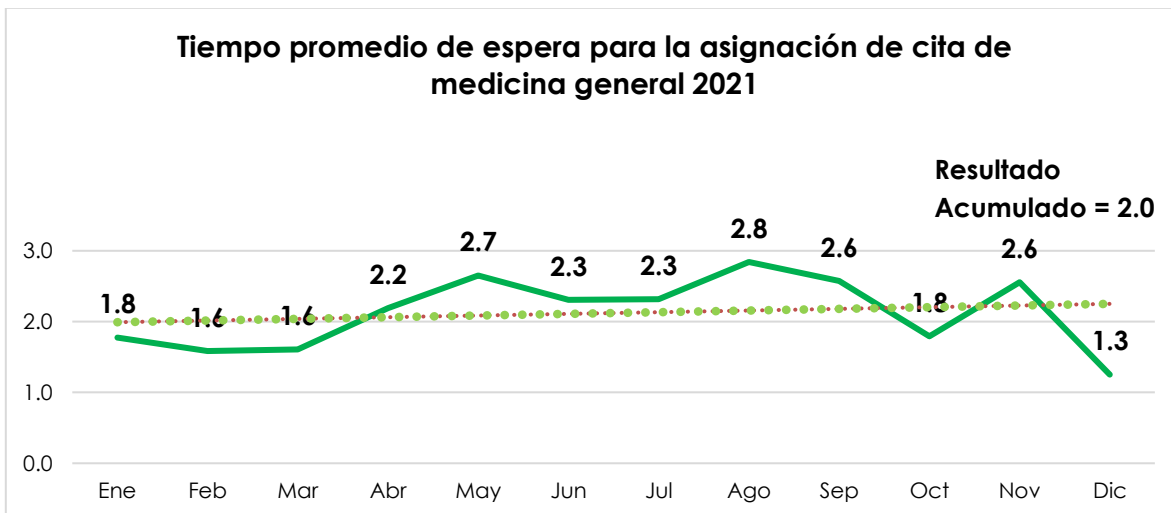
Se anexa informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE.

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017




INDICADOR No.26 : TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL

Indicador No. 26:	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	
Formula:	Sumatoria de la diferencia de días calendarios entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/ Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	
Estándar para cada año (Res 408 de 2018):	≤ 3 días	
Estándar meta institucional año 2021:	≤ 3 días	
Resultado:	Resultado 2021	Fuente: Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social (2)
	2.0	



Fuente : Informe tiempo promedio de medicina general 2021

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general por primera vez en la vigencia 2021, presento un comportamiento variable con picos para los meses de Mayo y Agosto que se debieron en gran medida a los periodos de incapacidad de personal médico e incremento en la demanda de los servicios de consulta médica por parte de los usuarios; sin embargo y gracias al

	PRESENTACION INFORMES DE GESTION DE PROCESOS	Código: GDP-F-025
		Versión : 01
		Fecha : 03/03/2017

monitoreo sistemático y continuo al indicador se formularon acciones de mejora producto de las brechas identificadas que permitieron obtener un resultado de 2 días alcanzando de esta manera la meta programada, favoreciendo la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios en el proceso de la atención en salud.

Se anexa Ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social.