

## INFORME EJECUTIVO PLAN DE ACCION 2019

Las actividades del plan de acción correspondientes a la Subgerencia Asistencial durante la vigencia 2019, se presentaron de la siguiente manera:

TOTAL LINEAS EVALUADAS SUBGERENCIA ASISTENCIAL: 40  
PORCENTAJE DE LINEAS CUMPLIDAS DE LA SUBGERENCIA  $32/40= 80\%$

LINEAS EVALUADAS A LOS CENTROS DE ATENCION POR LA SUBGERENCIA ASISTENCIAL: 24  
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO = **70.8%**

La Subgerencia Asistencial para la vigencia 2019 no evalúa el Centro de Atención de Puerto Gaitán, debido a que durante la vigencia esta IPS contó con 4 directores y cada uno con un periodo promedio de 3 meses, por lo tanto no alcanzaron a desarrollar las actividades del Plan.

El promedio de cumplimiento de los Centros de Atención se atribuye a diferentes problemas, entre ellos:

- Falta de personal asistencial continuo y suficiente para garantizar la prestación del servicio de salud con los criterios requeridos como son accesibilidad, oportunidad y calidad.
- Carencias de insumos y equipos por falta de recursos económicos de la ESE.
- Falta de mantenimiento de equipos.
- Sistema de información deficiente e insuficiente.

### ESTRATEGIA SALUDABLE

#### **PROGRAMA 1: SU SALUD SEGURA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.**

##### **SUB PROGRAMA 1.1. BIENESTAR SEGURO**

- **META PRODUCTO:** Fortalecer los programas de Promoción y Prevención de la E.S.E Departamental Solución Salud.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Proporción de pacientes que hacen parte de los diferentes programas implementados.
- **ACCION:** Disponer de la capacidad científica de acuerdo a las metas contratadas.
- **COMPONENTE:** Cumplir con las metas contratadas para PyP
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cumplimiento de metas de PyP

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 [www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

✉ [gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de pacientes atendidos por programas / total de usuarios en las bases de datos por programa de la EPS.

META / PRODUCTO 80%	LINEA BASE 26%	140677 / 212084	INDICADOR ANUAL 66%
------------------------	-------------------	--------------------	---------------------

- **OBSERVACIONES:** El indicador de cumplimiento de metas de promoción y prevención no se logró durante la vigencia 2019 a pesar que incrementó un 40% más con relación a la línea de base que era de 26% y su incremento se ve reflejado por la negociación de las metas, disminuyendo considerablemente el denominador, obteniendo metas reales.

No se logra la meta del 80% debido a la insuficiencia de talento humano para ejecutar las metas pactadas con las EPS y debilidad en el sistema de información el cual no ayuda con la ejecución, seguimiento, control de las actividades, así como la inexistencia de reportes de Ley.

- **META PRODUCTO:** Desarrollar un programa de prevención del Cáncer.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Cobertura del programa de prevención de cáncer.
- **ACCION:** Socialización de la Resolución 1442 de 2013.
- **COMPONENTE:** Resolución socializada.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de médicos con resolución socializada / total de médicos.

META / PRODUCTO 50%	LINEA BASE 0	73 / 73	INDICADOR ANUAL 100%
------------------------	-----------------	---------	----------------------

- **OBSERVACIONES:** El cumplimiento se inicia desde el proceso de inducción al realizar la vinculación de cada médico. Las guías de esta resolución se socializan y se hace entrega en medio magnético a cada médico previa firma de acta.

## PROGRAMA 2: ESE MATERNA

### SUB PROGRAMA 2.1. RECUPERAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- ✓ **META PRODUCTO:** Implementar la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia -IAMI- en los 17 Centros de Atención de la E.S.E Solución Salud.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Sumatoria (% resultado Autoevaluación estrategia IAMII en cada Centro de Atención) / 17
- ✓ **ACCION:** Dar continuidad a la estrategia IAMII en los 14 Centros de Atención.
- ✓ **COMPONENTE:** Implementación de la estrategia
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** líneas cumplidas de la estrategia
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de líneas cumplidas / total líneas de la estrategia.

META / PRODUCTO 60%	LINEA BASE 42%	130 / 160	INDICADOR ANUAL 81%
------------------------	-------------------	-----------	---------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** Se logra la meta para 16 IPS, todos tienen implementación superior al 60%. Puerto Gaitán no es evaluado.
- ✓ **META PRODUCTO:** Lograr la certificación de 3 Centros de Atención como IPS IAMI.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** N° de Centros de Atención Certificados como IAMII.
- ✓ **ACCION:** Dar inicio al fortalecimiento de la estrategia IAMII en los Centros de Atención de Cumaral, Puerto Lleras y Mesetas con miras a la certificación de estos por parte del Ministerio de Salud.
- ✓ **COMPONENTE:** Estrategia fortalecida en los Centros de Atención de Cumaral, Puerto Lleras y Mesetas
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de implementación estrategia IAMI.
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de líneas cumplidas / total líneas de la estrategia.

META / PRODUCTO 60%	LINEA BASE 42%	51,6 / 80	INDICADOR ANUAL 64%
------------------------	-------------------	-----------	---------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** De acuerdo a la actualización realizada por el gobierno nacional a la estrategia IAMII en agosto del 2016, en la

vigencia 2017 la empresa actualizo la resolución que adopto la estrategia, al par se solicitaron las autoapreciaciones a los Directores de los tres Centros de Atención priorizados para verificar el porcentaje de avance en la implementación, arrojando un resultado de 83% promedio. Se logra el incremento planteado en la línea base, las IPS necesitan llegar al 80%, para solicitar las evaluaciones externas, que debe realizar el ente territorial. Se debe fortalecer el personal de las instituciones para mejorar indicadores de desempeño frente a la calidad esperada de toda la institución y contar con estrategias para disminuir la rotación del personal, ya que esto afecta su desarrollo.

### PROGRAMA 3: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SEGURA E INCLUYENTE

#### Subprograma 3.1: PROMOCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.

- ✓ **META PRODUCTO:** Mejorar la adherencia al protocolo de atención materna perinatal a un promedio de 80% en los 17 Centros de Atención adscritos al E.S.E Solución Salud del Meta.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Promedio de resultado de adherencia en protocolo de atención materno perinatal.
- ✓ **ACCION:** Realizar auditoria al 25% de las gestantes en control prenatal.
- ✓ **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN :** Adherencia a la guía de atención prenatal según las GPC y res 412 de 2000
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de mujeres en control prenatal.

META / PRODUCTO 80%	LINEA BASE 60%	516 / 682	INDICADOR ANUAL 76%
---------------------------	----------------------	-----------	------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** Se viene ajustando el sistema de información y las historias clínicas de gestantes se encuentran más completas, pero aun el sistema de información es insuficiente. El Calvario y San Juanito a pesar que realizan la actividad, no cumplen con el comité materno perinatal según resolución.
- ✓ **META PRODUCTO:** Mejorar la adherencia al protocolo de atención a sífilis gestacional a 100% en los 17 Centros de Atención adscritos a la E.S.E Solución Salud del Meta.

- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de adherencia a la guía de sífilis gestacional
- ✓ **ACCION:** Realizar auditoria al 100% de las HC de mujeres diagnosticadas con sífilis gestacional
- ✓ **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de sífilis gestacional
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de mujeres diagnosticadas con sífilis gestacional

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0	15 / 19	INDICADOR ANUAL 79%
----------------------------	--------------------	---------	------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** Se presentó un incremento en los casos, 19 casos de sífilis gestacional presentados, 4 más que el 2018. La falta de seguimiento se atribuye a la falta de personal.

## PROGRAMA 4: POR UNA VIDA SALUDABLE

### Subprograma 4.1: MEJORANDO CONDICIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE.

- ✓ **META PRODUCTO:** Cumplimiento estricto de la norma técnica del PAI en 17 centros de Atención.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de IPS que ofertan el servicio de vacunación con seguimiento.
- ✓ **ACCION** vincular personal auxiliar de enfermería que cumpla con la certificación de competencias en vacunación para el programa PAI para cada centro
- ✓ **COMPONENTE:** Personal idóneo en los servicios de vacunación
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de personal certificado en competencias PAI.
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** personal certificado/total vinculado en programa de vacunación.

META / PRODUCTO 100% del personal nuevo vinculado certificado en competencias PAI	LINEA BASE 0	19 / 19	INDICADOR ANUAL 100%
--	--------------------	---------	----------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** La actividad se cumple en los todos los Centros de Atención, la ESE cuenta con personal certificado en los programas de vacunación, en total son 19 auxiliares en los programas de vacunación (2 en Cumaral y 2 en Puerto Gaitán).
- ✓ **META PRODUCTO:** Seguimiento a los programas de TB en los 17 Centros de Atención adscritos al E.S.E Solución Salud del Meta.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- ✓ **ACCION:** Verificar el cumplimiento de los lineamientos del programa en cada centro de atención
- ✓ **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención de TB
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de adherencia a guías
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de pacientes diagnosticados con TB

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0	44 / 477	INDICADOR ANUAL 94%
-------------------------	-----------------	----------	---------------------

- ✓ **OBSERVACION:** En el 2019 no se presentaron casos de tuberculosis para tratamiento en los centros de atención del Calvario y San Juanito. Las IPS de San Juan de Arama, Puerto Gaitán y Uribe no cumplieron con la acción, por falta de seguimiento y aplicación de la guía. Los demás Centros de Atención cumplieron.
- ✓ **META PRODUCTO:** Cumplimiento de las metas de captación y detección de sintomáticos respiratorios.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- ✓ **ACCION:** Verificar cumplimiento de captación en pacientes de consulta de primera vez mayores de 15 años.
- ✓ **COMPONENTE:** Captar el 5% de pacientes de consulta de primera vez para toma de BK en mayores de 15 años
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de captación para BK
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Número pacientes con BK / total de pacientes mayores de 15 años atendidos en consulta de primera vez

META / PRODUCTO 80%	LINEA BASE 0	298 / 1167	INDICADOR ANUAL 22%
------------------------	-----------------	------------	---------------------

- ✓ **OBSERVACION:** La captación de sintomáticos respiratorios es indispensable para captar los casos de Tuberculosis que día a día se presentan en nuestros

municipios. La meta propuesta se estableció a partir de los cálculos de esta población mayor de 15 años, realizada por cada EAPB para cada centro de atención. La medición tiene como fuente la información entregada al Programa de Tuberculosis del Departamento. Incumplimiento en la aplicación de protocolos por parte de los profesionales.

- ✓ **META PRODUCTO:** Éxito en el tratamiento en los pacientes diagnosticados.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- ✓ **ACCION:** Verificación del tratamiento de pacientes tratados interinstitucionalmente.
- ✓ **COMPONENTE:** Administración completa a pacientes que reciben el tratamiento interinstitucionalmente.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Pacientes debidamente tratados
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Pacientes debidamente tratados con éxito/total pacientes tratados interinstitucionalmente.

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0	8 / 8	INDICADOR ANUAL 100%
-------------------------	-----------------	-------	-------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** La terminación con éxito del tratamiento de los pacientes tratados con Tuberculosis se evaluó en cada trimestre como parte de una buena adherencia a la guía de Tuberculosis y sus circulares modificatorias. Durante el año 2019 ocho pacientes terminaron su tratamiento.
- ✓ **META PRODUCTO:** Mantener la adherencia al protocolo de dengue en 17 centros de atención adscritos a la E.S.E Solución Salud del Meta.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con dengue.
- ✓ **ACCION:** Realizar auditoria a una muestra del 60% de las Historias clínicas de los pacientes diagnosticados con dengue probable o de la totalidad si es < de 10.
- ✓ **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de dengue
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC seleccionadas de pacientes diagnosticados con dengue probable.

META / PRODUCTO 90%	LINEA BASE 0	944 / 1346	INDICADOR ANUAL 70%
------------------------	-----------------	------------	---------------------

- ✓ **OBSERVACION:** Incumplimiento en la estricta aplicación de protocolos por parte de los profesionales. Es de anotar que no se presentó ninguna muerte probable por dengue en la ESE Solución Salud como consecuencia de algún mal manejo por parte de nuestros médicos, lo cual hace que el objetivo final se haya cumplido.
- ✓ **META PRODUCTO:** Seguimiento de los casos presentados por ataque de animales potencialmente transmisores de rabia, dando cumplimiento a la guía de atención de pacientes agredidos por animales.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de cumplimiento adherencia a la guía de rabia.
- ✓ **ACCION:** Realizar auditoria al 100% de las HC de pacientes notificados como casos de agresión animal
- ✓ **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención de rabia
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de rabia
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de casos de agresión animal

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0	248 / 397	INDICADOR ANUAL 62%
----------------------------	--------------------	-----------	------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** La adherencia a la guía de atención a la agresión animal para prevención de ocurrencia de casos de rabia humana, se realizó en 397 casos atendidos. Hubo incumplimiento en la estricta aplicación de protocolos por parte de los profesionales.
- ✓ **META PRODUCTO:** Realizar seguimiento al desarrollo del proceso de Referencia y contrareferencia.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de Seguimiento al Proceso de Referencia y Contra referencia.
- ✓ **ACCION:** Los líderes del proceso de Referencia y Contrareferencia de cada uno de los Centros de Atención diligenciaran el formato FR-RyC 09 simultáneamente como se va desarrollando la remisión.
- ✓ **COMPONENTE:** Formato FR-RyC 09 debidamente diligenciado.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Formato diligenciado
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Numero de formatos FR-RyC 09 debidamente diligenciados y enviados al nivel central / 17 40%

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 40%	177 / 192	INDICADOR ANUAL 92%
----------------------------	----------------------	-----------	------------------------



- ✓ **OBSERVACIONES:** La actividad si bien durante la vigencia no alcanzó la meta, pero se observa un incremento de 18% frente al año anterior obtenido un avance considerable para el logro durante la vigencia.
- ✓ **ACCION:** Informe trimestral del proceso de referencia
- ✓ **COMPONENTE:** Análisis de informes trimestral
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe Trimestral del proceso de referencia por centro de atención
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe trimestral de análisis de referencia y contrarreferencia

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 100%	4 / 4	INDICADOR ANUAL 100%
-------------------------	--------------------	-------	-------------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** El líder del proceso de referencia del Nivel Central consolida los informes enviados por los Centros de Atención y los presentó a la Gerencia y a la Oficina Asesora de Planeación

## ESTRATEGIA DE ATENCION SEGURA, HUMANA E INCLUYENTE.

### PROGRAMA 1: ATENCIÓN SEGURA A LOS PACIENTES

#### Subprograma 1: POR UNA ATENCIÓN SEGURA EN SALUD.

- ✓ **META PRODUCTO:** Realizar la investigación y análisis de incidentes y eventos adversos.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Aplicar el protocolo de análisis a los eventos adversos e incidentes ocurridos en cada centro.
- ✓ **ACCION:** Aplicar el protocolo de análisis a los eventos adversos e incidentes ocurridos en cada centro.
- ✓ **COMPONENTE:** Realizar la gestión del evento adverso e incidente
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de cumplimiento en el análisis
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de eventos adversos e incidentes analizados y con plan de mejoramiento / total de eventos adversos e incidentes ocurridos.

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0%	56 / 56	INDICADOR ANUAL 100%
-------------------------	------------------	---------	-------------------------

- ✓ **META PRODUCTO:** Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la prestación del servicio.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud
- ✓ **ACCION:** Garantizar la preparación del Centro de Atención (personal, dotación) ante alertas en el servicio de urgencias
- ✓ **COMPONENTE:** Realizar un simulacro semestral de código rojo y código azul.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Simulacros de código azul y código rojo ejecutados
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de simulacros de código rojo ejecutados / simulacros de código rojo programados. Número de código azul ejecutados/ simulacros de código azul programados

META / PRODUCTO	LINEA BASE		INDICADOR ANUAL 75%
2 simulacros de código rojo ejecutados	0%	48 / 64	
2 simulacros de código azul ejecutados			

- ✓ **OBSERVACION:** Actividad que se cumple por lo menos una vez en cada IPS, en el año se considera que se obtiene un buen porcentaje de cumplimiento, toda vez que es un proceso nuevo para las IPS.
- ✓ **ACCION:** Aplicar lista de chequeo al proceso de esterilización, analizar resultado y elaborar y ejecutar plan de mejoramiento
- ✓ **COMPONENTE:** Análisis en comité de infecciones y seguridad del paciente
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** porcentaje de cumplimiento de la lista de chequeo de esterilización FR-ESTER1 05 "Lista de Chequeo Proceso de esterilización"
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. Hallazgos mejorados/ Total de hallazgos detectados.

META / PRODUCTO	LINEA BASE		INDICADOR ANUAL 93%
1 Informe Consolidado de resultados del plan de mejoramiento	0%	2960 / 3200	

- ✓ **OBSERVACION:** Se cumple la actividad que se realiza para garantizar procesos mejoramiento en el área de atención segura en la ESE SOLUCION SALUD.

- ✓ **ACCION:** Fortalecer el proceso de aseo y desinfección de áreas.
- ✓ **COMPONENTE:** Elaborar socializar y aplicar listas de chequeo limpieza y desinfección y analizar en el comité de GAGAS
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de cumplimiento de la lista de chequeo de aseo, limpieza y desinfección
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN No.** Hallazgos mejorados/ Total de hallazgos detectados

META / PRODUCTO 1 Informe Consolidado de resultados del plan de mejoramiento	LINEA BASE 0%	500 / 814	INDICADOR ANUAL 61%
---	------------------	-----------	---------------------

- ✓ **OBSERVACION:** La Macarena, Calvario y San Juanito no presentaron.

## PROGRAMA 2: OPORTUNIDADES SEGURAS ANTE LOS RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

### Subprograma 1: GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

- ✓ **META PRODUCTO:** Contextualizar el plan de emergencias en cada uno de los diecisiete (17) Centros de Atención y el Nivel Central, empoderando a cada uno de los funcionarios al proceso.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Plan de emergencia contextualizado.
- ✓ **ACCION:** Actualizar los 17 planes hospitalarios de emergencias en los Centros de Atención pertenecientes a la E.S.E Solución Salud.
- ✓ **COMPONENTE:** 17 planes actualizados
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** planes actualizados
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** 17 actualizados

META / PRODUCTO 17 Planes	LINEA BASE 17 planes	17 / 17	INDICADOR ANUAL 100%
------------------------------	-------------------------	---------	----------------------

- ✓ **META PRODUCTO:** Realizar seguimiento y capacitación al Plan Hospitalario de Emergencias para la Gestión del Riesgo en los 17 centros de atención.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de capacitación del Plan Hospitalario de Emergencias para la Gestión del Riesgo Res 330 de 2016.
- ✓ **ACCION:** ejecutar simulacros de Planes Hospitalarios de Emergencias para la Gestión del Riesgo en los 17 centros de atención

- ✓ **COMPONENTE:** Garantizar una adecuada preparación en caso de presentarse una emergencia.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 3 simulacros ejecutados por Centro de Atención
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** simulacros realizados por Centro de Atención / 3 simulacros por Centro de Atención

META / PRODUCTO 3 simulacros por Centro de Atención	LINEA BASE 5%	29 / 48	INDICADOR ANUAL 60%
--	---------------------	---------	------------------------

- ✓ **OBSERVACION:** Frente al 2018 se observa un incremento de 55%, se dará continuidad a la actividad durante la vigencia 2020.

### PROGRAMA 3: HACIA UNA CULTURA EFICIENTE DE SERVICIO Y DE PARTICIPACION CIUDADANA

#### 18. Subprograma 1: ACCESIBILIDAD AL CIUDADANO.

- ✓ **PRODUCTO:** Mantener una satisfacción de los usuarios.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Mantener la satisfacción del usuario al 95%.  
**ACCION:** Divulgación de los derechos y deberes a los usuarios de los 17 centros de atención
- ✓ **COMPONENTE:** implementar circular 08 2018.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Implementación circular 08
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de oficinas implementadas / total centros atención

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 0%	19 / 19	INDICADOR ANUAL 100%
----------------------	---------------------	---------	----------------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** Esta actividad fue evaluada con la cantidad de funcionarios en el servicio al ciudadano, para un total de 19 funcionarios de forma permanente durante la vigencia, uno por cada IPS, incluyendo la Julia y San Juan de Arama tiene 2.
- ✓ **COMPONENTE:** Divulgar los DyD a los usuarios.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cumplimiento de encuestas de satisfacción.
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. De Usuarios encuestados/No. Total usuarios atendidos\*100.

META / PRODUCTO Ejecutar el 100% de las encuestas programadas	LINEA BASE 0%	52178 / 52178	INDICADOR ANUAL 100%
--	------------------	------------------	-------------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** A nivel general la ESE cumple porque hubo municipios que hicieron más encuestas de las programadas. Se realizó una programación del 30% de aplicación de encuestas a usuarios atendidos, con relación al 2018 se aplicaron 733 encuestas adicionales.
- ✓ **ACCION:** Analizar y socializar los resultados de las encuestas realizadas encuesta de satisfacción de los usuarios.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de usuarios satisfechos.
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. De Usuarios que se encuentran satisfechos con los servicios prestados/No. Total de encuestas aplicadas\*100.

META / PRODUCTO Mantener el indicador dentro de los estándares establecidos por la normatividad vigente	LINEA BASE 95%	64469 / 67682	INDICADOR ANUAL 95%
--	-------------------	------------------	---------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** Según los resultados en general la ESE logró la satisfacción esperada durante la vigencia del 2019.
- ✓ **INDICADOR DE PRODUCTO:** Dar resolución al 100% de las peticiones quejas y reclamos.
- ✓ **ACCION:** Cumplir con el proceso de las PQR.
- ✓ **COMPONENTE:** Dar respuesta oportuna a las PQR en los términos establecidos por la ley.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de resolución de quejas
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. de quejas de resolución de quejas/Total de quejas presentadas.

META / PRODUCTO Resolver el 100% de las PQR	LINEA BASE 95%	142 / 142	INDICADOR ANUAL 100%
--	-------------------	-----------	-------------------------

- ✓ **ACCIÓN:** Realizar un análisis y evaluación de las PQR presentadas por los usuarios.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Identificar las principales causas de insatisfacción del usuario externo.
- ✓ **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe Trimestral PQR.
- ✓ **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. de Informes Presentados/Total Informes programados.

META / PRODUCTO 100%	LINEA BASE 4	4 / 4	INDICADOR ANUAL 100%
-------------------------	-----------------	-------	----------------------------

- ✓ **OBSERVACIONES:** Para la vigencia 2019 se analizaron las evaluaciones de PQR por parte del nivel central y por parte de las diferentes instituciones. Se han enviado los informes a planeación y publicado en página web.

Otras líneas realizadas por la Subgerencia Asistencial, área Servicio al Ciudadano del ítem de RENDICION DE CUENTAS A LA CIUDADANIA, así:

Elaboración del video promocionando la participación de la comunidad en la rendición de cuentas.	CUMPLIDO
Identificar las expectativas del ciudadano sobre los temas a tratar en la rendición de cuentas.	CUMPLIDO
Dar a conocer al ciudadano, la forma de presentar inquietudes sobre los temas a tratar en la audiencia de rendición de cuentas. Informar fecha, sitio y temas de rendición de cuentas, (página web, boletín o comunicado de prensa'),	CUMPLIDO
Publicar material utilizado en la audiencia de rendición de cuentas y la respectiva acta en la página web	CUMPLIDO
Emitir y publicar boletines de prensa relacionados con la gestión misional y administrativa en la página web.	CUMPLIDO
Mesas de trabajo con la ciudadanía en los Centros de Atención en Salud de: La Macarena, Mapiripan y Uribe durante la vigencia	CUMPLIDO
Audiencia de Rendición de Cuentas (Informe de gestión anual)	CUMPLIDO
Incentivar a la comunidad por la participación en el control social en la rendición de cuentas, a través de una certificación reconocimiento público.	EN PROCESO
Practicar la encuesta de evaluación de satisfacción del cliente en la audiencia pública.	CUMPLIDO

Actualizar el Procedimiento de PQR.	CUMPLIDO
Difundir en medios virtuales de la entidad los canales de atención al ciudadano utilizando las diferentes redes sociales, página web o medios similares.	CUMPLIDO
Publicación mensual de las solicitudes y tiempos de respuesta de las PQRS	CUMPLIDO
Medir la percepción de los ciudadanos en forma semestral.	CUMPLIDO
continuar con la Publicación en la Web un video en lenguaje de señas para divulgar información institucional relacionada con los derechos y deberes y horario de atención.	CUMPLIDO
Publicación mensual de las solicitudes y tiempos de respuesta de las PQRS	CUMPLIDO

A nivel general la Subgerencia Asistencial encuentra el cumplimiento por parte de los directores de los Centros de Atención.

IPS	% CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION 2019
CABUYARO	92%
SAN JUAN DE ARAMA	88%
CUMARAL	84%
BARRANCA DE UPIA	79%
EL CASTILLO	79%
LEJANIAS	79%
MAPIRIPAN	79%
PTO LLERAS	76%
URIBE	75%
MESETAS	71%
RESTREPO	71%
PTO CONCORDIA	67%
VISTA HERMOSA	67%
EL CALVARIO	63%
LA MACARENA	54%
SAN JUANITO	54%

Atentamente,



MARIA DANELA SOGAMOSO GARCIA  
 Subgerente Asistencial

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

[www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

[gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

