

PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL
2020– 2023

E.S.E DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD” DEL META EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

DR. JUAN JOSÉ MUÑOZ ROBAYO.
Gerente.

Villavicencio, 18 de mayo 2020

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Juan Guillermo Zuluaga Cardona.
Gobernador.

Dr. Jorge Ovidio Cruz Álvarez.
Secretario de Salud del Meta.

Ing. Luz María Carreño León.
Representante de los funcionarios - Nivel administrativo.

Dr. Diana Patricia Restrepo Ríos.
Representante de los funcionarios - Nivel asistencial.

Sra. Astrid Bohórquez Castañeda.
Representante de los usuarios.

Dr. Juan José Muñoz Robayo.
Secretario Técnico.

EQUIPO DIRECTIVO

María Danela Sogamoso
Subgerente Asistencial.

Ana Judith Clavijo Parrado.
Subgerente Administrativa y Financiero.

Stella Medina Solano
Jefe Oficina Asesora de Planeación.

German Camilo Cuellar Arévalo.
Jefe Oficina Asesora Control Interno Disciplinario.

Floralba Guativa Bobadilla.
Jefe Oficina Asesora de Control Interno.

Marta Patricia Romero Gómez.
Jefe Oficina Asesora Jurídica.

PRESENTACIÓN.....	6
PROYECTO PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E “SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META PARA EL PERIODO 2020- 2023.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL.....	8
ÁREA DE INFLUENCIA DE LA ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META.....	8
POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS NO DESCENTRALIZADOS A CARGO DE LA ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD” DEL META DEPARTAMENTO DEL META.....	9
MAPA DE PROCESOS.....	9
PORTAFOLIOS DE SERVICIOS HABILITADOS Y PRESTADOS.....	10
CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA.....	10
PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	11
CODIGO DE INTEGRIDAD.....	12
PROGRAMAS Y ACCIONES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	15
I. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:.....	16
INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.....	16
INDICADOR 2: efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.....	17
INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional (PEI).....	18
II. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:.....	18
INDICADOR 4: Riesgo Fiscal y Financiero.....	18
INDICADOR 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.....	19
INDICADOR 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras.....	19
INDICADOR 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.....	20
INDICADOR 8. Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).....	21
INDICADOR 9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.....	22
INDICADOR 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....	22

INDICADOR 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.....	23
III. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	23
INDICADOR 21 Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de Gestación.....	23
INDICADOR 22: Incidencia de SÍFILIS congénita en partos atendidos en la ESE.....	24
INDICADOR 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.....	24
INDICADOR 24: Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.....	24
INDICADOR 25: Reingresos por el servicio de Urgencias.....	25
INDICADOR 26: Oportunidad promedio en la atención de Consulta Médica General.....	25
IV. SEGUIMIENTO.....	26

PRESENTACIÓN.

Dentro del marco de la Ley 1438 de 2011, en su artículo 72 conmina a la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del país a aprobar el Plan de Gestión presentado por el gerente para el periodo por el cual fue designado, el cual deberá ser presentado según lo establecido en el artículo 73 y evaluado siguiendo los lineamientos del artículo 74. Para lo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social emitió Resolución No. 710 de 30 de marzo de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018, *“Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte 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 1097 de 2018, donde se establecen condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

El presente Plan de Gestión, involucrara a la Junta Directiva con su apoyo en la cooperación en la fase de formulación de los proyectos de gestión, facilitando su aporte sobre la visión de la entidad para el periodo que comienza. Así como el estudio responsable del proyecto para su aprobación y conversión en el Plan de Gestión de la entidad, cuyo cumplimiento estas a cargo del gerente, es de señalar que, aunque la responsabilidad del presente plan recae en él, se requiere el mismo compromiso de los 17 directores de los Centros de Atención y personal administrativo.

Con el fin de cumplir a cabalidad el Plan de Gestión, el cual será una la herramienta y marco de acción de la Gerencia durante el periodo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E “SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META, se incorporaron los compromisos que el Gerente suscribe ante La Junta Directiva de la empresa, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento de las metas en la gestión, viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, que para su desarrollo se harán dentro de una estrategia de Balanced Score Card mediante las perspectivas Financiera, Clientes, Procesos y Aprendizaje y Desarrollo.

Es importante mencionar que las proyecciones descritas están enmarcadas y fundamentadas en la plataforma estratégica de la entidad, el código de integridad, políticas institucionales, para ejercer una excelente prestación de los servicios.

Especial interés se tendrá en la actual administración para lograr de forma prioritaria los objetivos en especial los de prestación de servicios de salud con calidad y atención humanizada, dando resultados favorables de satisfacción por parte de los usuarios, ya que la salud y la vida son derechos fundamentales a los que debemos proteger y garantizar viabilidad y sostenibilidad financiera y fiscal de la empresa, con apoyo de las gestiones pertinentes en el recaudo efectivo de dinero; el pago oportuno de los trabajadores y demás compromisos adquiridos, abonando el compromiso que todos debemos tener con la institución.

DR. JUAN JOSÉ MUÑOZ ROBAYO.
GERENTE

PROYECTO PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E
“SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META PARA EL PERIODO 2020- 2023

INTRODUCCIÓN

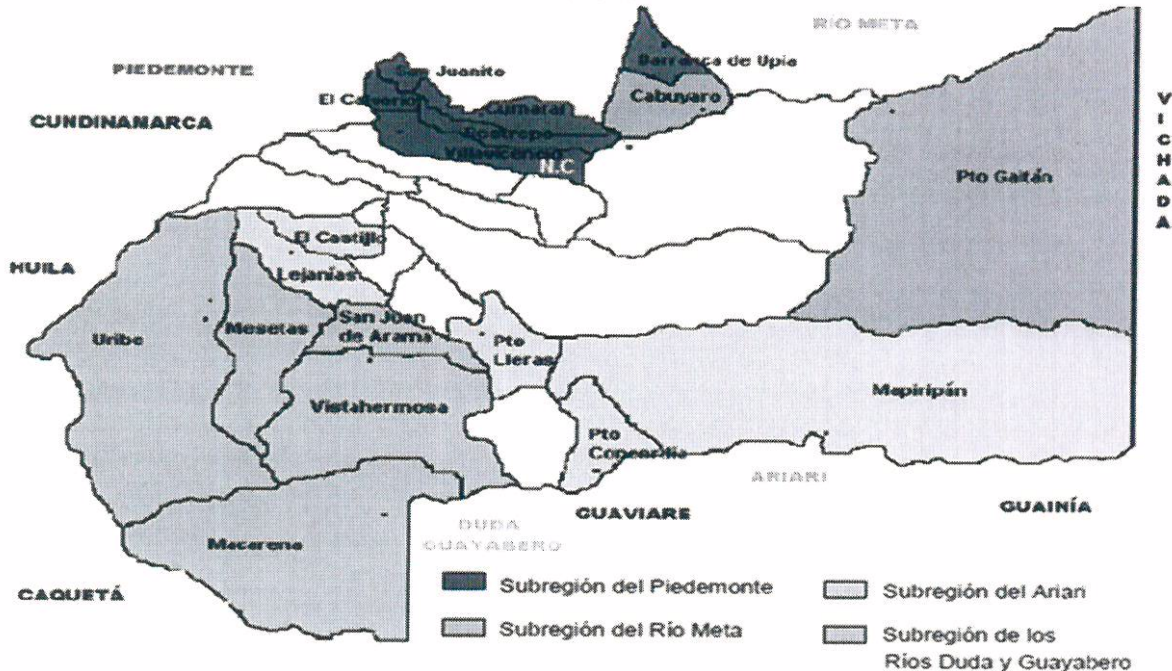
La E.S.E Departamental “Solución Salud” del Meta, sienta las bases de lo que será el desarrollo institucional para la vigencia 2020 - 2023, para el desarrollo de su PLAN DE GESTIÓN basado en el ciclo de mejoramiento (P.H.V.A), este constituye la expresión de las estrategias globales asumidas por la organización a través de sus diferentes dependencias, dimensionando el cambio técnico que debe realizar en las funciones, procesos, procedimientos y actividades para lograr desarrollar su gestión dentro de los lineamientos previstos. Dichas decisiones se elaboran con base en el análisis de la situación actual frente a la deseada. En esta ocasión contamos con el apoyo decidido de las administraciones de los 17 municipios que conforman el área de influencia de la E.S.E Departamental “Solución Salud” del Meta, con todo el empeño y participación de los equipos de trabajo, quienes apoyados en el Direccionamiento Estratégico y logrando en conjunto realizar una lectura del entorno y propendiendo por la identificación de las necesidades de nuestra población de influencia encomendada. Lo anterior enmarcado siempre en la planeación de unas estrategias que fortalezcan una atención segura y humanizada, asumiendo a la vez la responsabilidad social que como empresa del estado debemos promulgar sin dejar de ser una empresa eficiente en la gestión de sus recursos. Como resultado de lo anterior presentamos el nuevo Plan de Gestión a la comunidad para que en conjunto logremos el mejoramiento que nos proponemos y que redunden en el bienestar de la población de nuestros Municipios y en general la del Departamento del Meta.

MARCO LEGAL

- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
- Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
- Resolución 0710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.
- Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.
- Resolución 408 de marzo 15 de 2018.
- Resolución 1097 de 2018.

PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL.

ÁREA DE INFLUENCIA DE LA ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META.



Municipio	Dirección	Distancia de Villavicencio (km)	Municipio	Dirección	Distancia de Villavicencio (km)
Villavicencio	CALLE 37 N° 41-80 BARZAL ALTO TEL: 6610200; 018000918663	N.C	Macarena	CL8 No.6-45 BARRIO CENTRO	225 Vía Aérea
Barranca de Upía	CARRERA 5 11A-21 BARRIO LAS FERIAS	107	Mesetas	CRA 18 3-52, C4 18-42 BARRIO PARQUE PRINCIPAL	138
Calvario	CRA 5 No.5-64	84	San Juan de Arama	CL 10 N° 7-65, BARRIO CUNUMIA	119
Cumaral	K13 21-38 K21 12-76	25	Uribe	KR 6 N° 5-50, CL PRINCIPAL	191
Restrepo	C 4 4-84 K 5 4-50	16	Vista Hermosa	CL 6 No. 12-19-21-43 BARRIO SAN JUAN BOSCO	145
San Juanito	MZ 33 DG8 Y 9 TV 6 Y 7	59	Cabuyaro	KR 8 No. 7-99	110
Castillo	C 10 6-38, K7 10-37 BARRIO ALFONSO MENESES	68	Puerto Gaitán	KR 7A CL 10 ESQUINA BARRIO CENTRO	192
Lejanías	CL8 No. 9-72 BARRIO JUAN BOSCO	128	Puerto Concordia	ZONA RURAL, BARRIO VDA SANTA LUCIA	276
Mapiripán	CL 8 No.24-32, CLL 9 No.24-31, Kra 24 No.8-31	353 Vía aérea.	Puerto Lleras	KR 4 N° 6-80 BARRIO CENTRO	146

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
 PBX: 6610200, Línea Gratuita: **018000918663**
www.esemeta.gov.co
gerencia@esemeta.gov.co
 FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

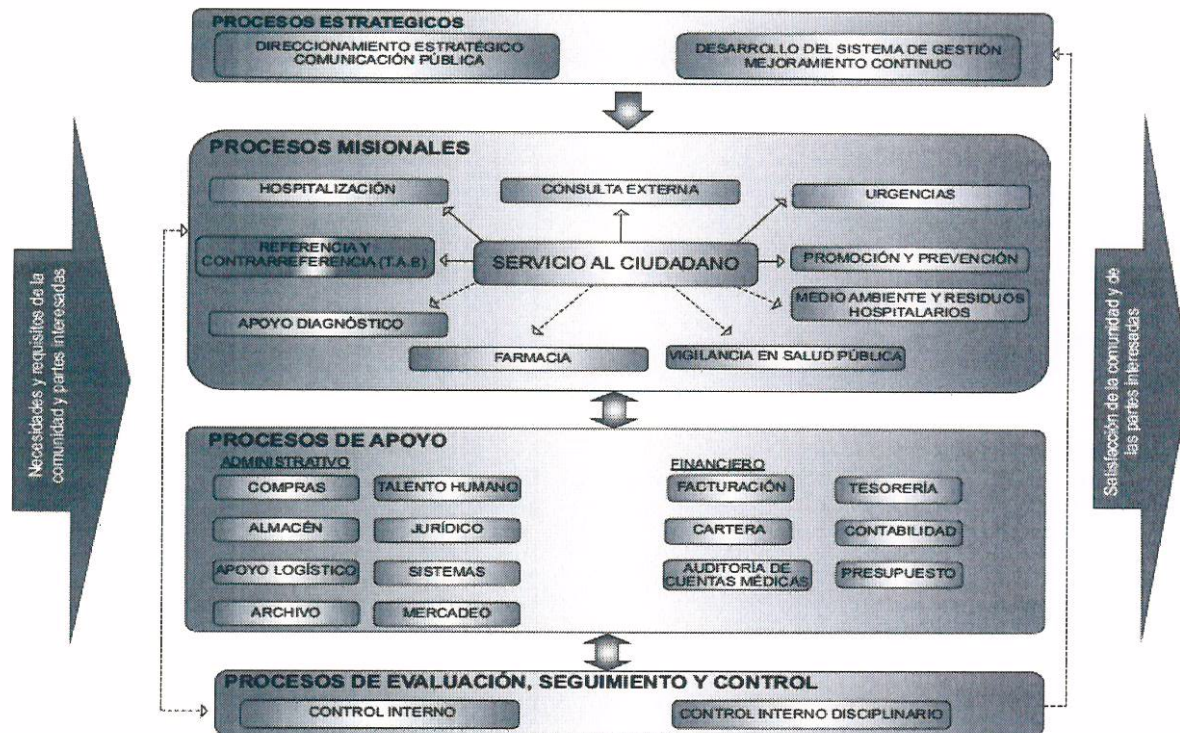


POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS NO DESCENTRALIZADOS A CARGO DE LA ESE DEPARTAMENTAL “SOLUCIÓN SALUD” DEL DEPARTAMENTO DEL META

NOMBRE MUNICIPIO	TOTAL	CABECERA	C.P Y R. D*	NOMBRE MUNICIPIO	TOTAL	CABECERA	C.P Y R. D*	NOMBRE MUNICIPIO	TOTAL	CABECERA	C.P Y R. D*
Villavicencio	531275	492052	39223	La Macarena	26.890	4.723	22.167	El Castillo	7977	3020	4957
Barranca de Upiá	6440	4425	2015	Mesetas	11.159	4.546	6.613	Lejanías	11463	4823	6640
Cumarál	22831	15006	7825	San Juan de Arama	9.118	4.357	4.761	Mapiripán	7007	2471	4536
El Calvario	1776	590	1186	Uribe	9.284	2.128	7.156	Puerto Concordia	8390	3420	4970
Restrepo	18268	12190	6078	Vistahermosa	17.778	7.254	10.524	Puerto Lleras	10.423	4.087	6.336
San Juanito	1307	672	635	Cabuyaro	6.062	2.993	3.069	T. E.S.E	217.686	97.364	120.322
				Puerto Gaitán	41.513	20.659	20.854	T. Meta	21%	45%	55%
									1.039.722	795061	244661
										76%	24%

C.P Y R. D: Centros Poblados y Rural Dispersa.

MAPA DE PROCESOS



PORTAFOLIOS DE SERVICIOS HABILITADOS.

SERVICIOS		MODALIDAD	SERVICIOS		MODALIDAD	
CONSULTA EXTERNA	Enfermería.	Ambulatoria. Extramural. Domiciliaria.	DETECCION TEMPRANA	Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menor a 10 Años).	Ambulatoria. Extramural.	
	Medicina General.	Ambulatoria. Extramural. Domiciliaria		Alteraciones del Desarrollo del Joven (de 10 A 29 Años).	Ambulatoria. Extramural.	
	Odontología General.	Ambulatoria. Extramural.		Alteraciones del Embarazo.	Ambulatoria. Extramural. Domiciliaria.	
	Consulta Prioritaria.	Ambulatoria.		Alteraciones en el Adulto (Mayor a 45 Años).	Ambulatoria. Extramural.	
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Medicina Interna	Ambulatoria.		Cáncer de Cuello Uterino.	Ambulatoria. Extramural.	
	Medicina Pediátrica	Ambulatoria.		Cáncer de Seno.	Ambulatoria. Extramural.	
	Ginecobstetricia	Ambulatoria.		Alteraciones de la Agudeza Visual.	Ambulatorio.	
SERVICIOS 24 HORAS	General Adultos.	Hospitalaria.		OTROS SERVICIOS	Transporte Asistencial Básico.	Ambulatoria.
	General Pediátrica.	Hospitalaria.			Laboratorio Clínico.	Ambulatoria.
	Obstetricia.	Hospitalaria.			Radiología e Imágenes Diagnosticas.	Ambulatoria.
	Servicio de Urgencias.	Ambulatoria.	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico.		Ambulatoria Hospitalaria Extramural. Domiciliaria	
PROTECCION ESPECIFICA	Atención del Parto.	Ambulatoria. Extramural.	Servicio Farmacéutico.		Ambulatoria. Hospitalaria.	
	Atención al Recién Nacido.	Ambulatoria. Extramural.	Toma e Interpretación de Radiografías Odontológicas.		Ambulatoria.	
	Vacunación.	Ambulatoria. Extramural.	Tamización de Cáncer de Cuello Uterino.		Ambulatoria. Extramural.	
	Atención Preventiva en Salud Bucal.	Ambulatoria. Extramural.	Esterilización			
	Atención en Planificación Familiar Hombres y Mujeres.	Ambulatoria. Extramural.				

CAPACIDAD FISICA INSTALADA

Grupo	Concepto	CANTIDAD	Grupo	Concepto	CANTIDAD	
AMBULANCIAS	Básica	35	CONSULTORIOS	Medicina general	37	
	Básica Fluvial	1		Urgencias	20	
	Total, Ambulancias	36		Odontología	24	
CAMAS	Pediátrica	45		Promoción y Prevención	33	
	Hombres	59		Vacunación	17	
	Mujeres	56		Toma de citología	21	
	Total, camas adultas	115		UNIDADES ODONTOLOGICAS	Fijas	26
	Aislados	11			Portátil	12
	Obstetricia	43			Observación Pediátrica	39

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

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

www.esemeta.gov.co

gerencia@esemeta.gov.co

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

SALAS	Partos	18	CAMILLAS URGENCIAS	Observación Adultos	63
	Procedimientos	18	LABORATORIO CLINICO		17
EQUIPOS DE RX		10	SALAS DE RAYOS X		15
ESTERILIZACION		17			

PLATAFORMA ESTRATÉGICA.

MISIÓN.

Prestar una atención integral, oportuna y humanizada en salud a la población urbana y rural a través de la prevención de las enfermedades con énfasis en la promoción de la salud. Con un claro compromiso en la gestión del riesgo, la seguridad del paciente, el entorno, el medioambiente, utilizando de forma eficiente los recursos, potenciando un marco laboral interno, motivando y promocionando a los trabajadores, procurando su satisfacción individual y colectiva, realizando un control efectivo a las actividades económicas de la empresa.

VISIÓN.

La E.S.E Departamental “Solución salud” del Meta, para el periodo 2020-2023, será referente a nivel regional en la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad, explorando la creación de nuevos servicios en municipios con ubicación geográfica estratégica, dando en todos los casos un alto sentido humano, mediante el mejoramiento continuo en la ejecución de sus proceso de atención en salud, buscando la solidez científica, la sostenibilidad y rentabilidad financiera, mostrando mayores índices de inclusión social, equidad y buscando la reconciliación en la población.

POLÍTICA DE CALIDAD.

La E.S.E Departamental “Solución Salud” del Meta, de primer nivel de complejidad, ofrece servicios de Promoción y Prevención de enfermedades y atención en salud con un enfoque diferencial de forma eficiente, confiable, segura y rentable, a través de un equipo ético, humano y competente, para prestar un servicio humanizado, eficaz y oportuno, colocando a disposición de todos sus clientes y usuarios la infraestructura, la tecnología y los insumos requeridos en el primer nivel de complejidad, para garantizar la atención y satisfacción a los usuarios fortaleciendo, la Inclusión, la reconciliación y el mejoramiento continuo, con transparencia, solidez y rentabilidad financiera manteniendo su compromiso social, en el marco del medio ambiente sostenible la responsabilidad social.

OBJETIVO GENERAL.

Prestar servicios de salud en condiciones de calidad y pertinencia, mejorando la oportunidad, el acceso y la eficiencia e implementando la Política de Seguridad del Paciente y fortaleciendo el programa de humanización en la prestación de los servicios durante los próximos cuatro años, generando sostenibilidad financiera.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos se enunciarán de acuerdo con lo solicitado en cada componente en que la norma divide el plan.

CODIGO DE INTEGRIDAD.

Siguiendo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la empresa transformo y ajusto su Código de Ética en el Código de Integridad el cual regirá la vida de sus funcionarios y colaboradores dentro y fuera entidad, en busca que a estos asumirlos la entidad logre los objetivos corporativos planteados. Por tratarse de acuerdos comportamentales, los valores incluidos tienen carácter vinculante para todos los colaboradores de la empresa.

ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD. CODIGO DE INTEGRIDAD.				
				
RESPETO	HONESTIDAD	COMPROMISO	DILIGENCIA	JUSTICIA

VALORES.

En el Código se encontrará una definición para cada valor y una lista de las acciones que orientan la integridad de nuestro comportamiento como servidores públicos de la ESE.

RESPETO: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

LO QUE HAGO

- Atiendo con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas en cualquier situación a través de mis palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden. Soy amable todos los días, esa es la clave, siempre.
- Estoy abierto al diálogo y a la comprensión a pesar de perspectivas y opiniones distintas a las mías. No hay nada que no se pueda solucionar hablando y escuchando al otro.

LO QUE NO HAGO

- Nunca actúo de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.

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

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: **018000918663**

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

- Jamás baso mis decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios.
- No agredo, ignoro o maltrato de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos.

HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

LO QUE HAGO

- Siempre digo la verdad, incluso cuando cometo errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.
- Cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes busco orientación en las instancias pertinentes al interior de mi entidad. Se vale no saberlo todo, y también se vale pedir ayuda.
- Facilito el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna y comprensible a través de los medios destinados para ello.
- Denuncio las faltas, delitos o violación de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.

LO QUE NO HAGO

- No le doy trato preferencial a personas cercanas para favorecerlos en un proceso en igualdad de condiciones.
- No acepto incentivos, favores, ni ningún otro tipo de beneficio que me ofrezcan personas o grupos que estén interesados en un proceso de toma de decisiones.
- No uso recursos públicos para fines personales relacionados con mi familia, mis estudios y mis pasatiempos (esto incluye el tiempo de mi jornada laboral, los elementos y bienes asignados para cumplir con mi labor, entre otros).
- No soy descuidado con la información a mi cargo, ni con su gestión.

COMPROMISO: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

LO QUE HAGO

- Asumo mi papel como servidor público, entendiendo el valor de los compromisos y responsabilidades que he adquirido frente a la ciudadanía y al país.
- Siempre estoy dispuesto a ponerme en los zapatos de las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimientos es el fundamento de mi servicio y labor.
- Escucho, atiendo y oriento a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.
- Estoy atento siempre que interactúo con otras personas, sin distracciones de ningún tipo.
- Presto un servicio ágil, amable y de calidad.

LO QUE NO HAGO

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villaviciencia - Meta
PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
gerencia@esemeta.gov.co
FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

- Nunca trabajo con una actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no ponerle ganas a las cosas.
- No llego nunca a pensar que mi trabajo como servidor es un “favor” que le hago a la ciudadanía. Es un compromiso y un orgullo.
- No asumo que mi trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.
- Jamás ignoro a un ciudadano y sus inquietudes.

DILIGENCIA: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

LO QUE HAGO

- Uso responsablemente los recursos públicos para cumplir con mis obligaciones. Lo público es de todos y no se desperdicia.
- Cumplo con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral. A fin de cuentas, el tiempo de todos es oro.
- Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.
- Siempre soy proactivo comunicando a tiempo propuestas para mejorar continuamente mi labor y la de mis compañeros de trabajo.

LO QUE NO HAGO

- No malgasto ningún recurso público.
- No postergo las decisiones y actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.
- No demuestro desinterés en mis actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos.
- No evado mis funciones y responsabilidades por ningún motivo.

JUSTICIA: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

LO QUE HAGO

- Tomo decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables. Es muy grave fallar en mis actuaciones por no tener las cosas claras.
- Reconozco y protejo los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.
- Tomo decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes involucradas.

LO QUE NO HAGO

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
gerencia@esemeta.gov.co
FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

- No promuevo ni ejecuto políticas, programas o medidas que afectan la igualdad y la libertad de personas.
- No favorezco el punto de vista de un grupo de interés sin tener en cuenta a todos los actores involucrados en una situación.
- Nunca permito que odios, simpatías, antipatías, caprichos, presiones o intereses de orden personal o grupal inter eran en mi criterio, toma de decisión y gestión pública.

PROGRAMAS Y ACCIONES DEL PLAN DE GESTIÓN.

PERSPECTIVA FINANCIERA

1. Aumentar ingresos a través de nuevas unidades de negocios (servicios de segundo nivel).
2. Fortalecer la gestión de facturación y cartera en los diferentes planes de beneficios (régimen subsidiado, contributivo y plan de intervenciones colectivas).
3. Plan de austeridad con disminución del costo médico y disminución del gasto administrativo.

PERSPECTIVA DE CLIENTES Y MERCADO

1. Mejorar la satisfacción y fidelización de los usuarios.
2. Plan de mercadeo con aumento del portafolio de servicios.
3. Valor agregado con la humanización de los servicios.

PERSPECTIVA DE PROCESOS

1. Implementación de un modelo de atención primaria resolutive con enfoque de gestión del riesgo y servicios complementarios de segundo nivel.
2. Mejoramiento continuo de la calidad (Habilitación- PAMEC y autoevaluación en acreditación).
3. Implementación de un programa de gestión de Seguridad del paciente.

PERESPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

1. Mejorar competencias del personal con capacitación, evaluación e incentivos institucionales.
2. Modernización tecnológica en servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico y rayos x), actualización de sistemas de información e implementación de TELEMEDICINA.
3. Desarrollo de una cultura organizacional de humanización, seguridad del paciente, liderazgo, trabajo en equipo, innovación y desarrollo.

Análisis Financiero.

La Resolución 2184 de 2.016, categorizó a la E.S.E. "Solución Salud" como una entidad en Riesgo Alto. Esta situación la llevo a presentar un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero el cual contiene 19 medidas transversales a la institución con la cual se buscó el mejoramiento de los indicadores financieros y

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

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

asistenciales. A la fecha este programa se ha venido cumpliendo a cabalidad quedando la etapa final, ya que el mismo culminara en el tercer trimestre de 2020 y se espera que cierre a satisfacción por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La metodología adoptada por la E.S.E Departamental “Solución Salud” del Meta, con base a la normatividad actual, se estructura de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 710 de 2012, Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018 y sus anexos, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del presente Plan de Gestión, el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente ante la Junta Directiva, dando a conocer las Metas propuestas y resultados esperados relacionados con la viabilidad Gerencial, Financiera y Asistencial teniendo en cuenta la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de las siguientes áreas de gestión, así:

- I. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA
- II. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
- III. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Los indicadores aquí descritos, se cumplirán en la medida que todos y cada uno de los componentes de la organización desarrollen en forma óptima sus competencias y especialmente en orden al apoyo institucional, real y efectivo que dispongan la Junta Directiva y el Gobierno Departamental, habida cuenta de las difíciles condiciones de un flujo regular de recursos derivados de los pagadores en especial de las EPS con el fin de alcanzar la solidez financiera, como eje fundamental para lograr la prestación de servicios de forma acorde con las necesidades de particulares de cada usuario.

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:

I. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:

Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

En este indicador la empresa ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables con la participación de los grupos de autoevaluación; se han desarrollado los planes de mejoramiento respectivos con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.

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

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 www.esemeta.gov.co

✉ gerencia@esemeta.gov.co

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

Prospectivamente la ESE fija su meta no solo en la documentación y estandarización de procesos, sino que va más allá del entrenamiento, apropiación y aplicación de los mismos hacia el logro de los objetivos institucionales.

REQUERIMIENTO	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior			
FÓRMULA.	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL.	BUSCA: Autoevaluarse para lograr avance en el de Acreditación. Durante la vigencia 2019 se realizó la autoevaluación de los estándares de la Resolución 5095 del 2018 en 4 Centros de Atención de 17.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≥ 0.20 +Calificación 2019	≥ 0.20 +Calificación 2020.	≥ 0.20 +Calificación 2021.	> 0.20 +Calificación 2022.
LINEA BASE.	S/D			
Fuente de Información	<ul style="list-style-type: none"> $\geq 1,20$ = Documento de autoevaluación de los estándares del sistema de acreditación. Acreditación en la vigencia evaluada = Certificación de acreditación. Postulación para la acreditación, formalizada con contrato = Contrato de postulación. 			

Frente a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de la Resolución 5095 de 2018.

INDICADOR 2: efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

La E.S.E. "Solución Salud" ha definido los mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares de la Resolución 5095 de 2018, dichos seguimientos se realizan desde la Oficina de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

REQUERIMIENTOS	Cuántas acciones de mejora se programaron producto de las auditorías realizadas durante el año anterior y cuántas se ejecutaron efectivamente.
FORMULA.	Relación del número de acciones de mejora, ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en PAMEC.

OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL.	BUSCA: Mejoramiento continuo de los procesos.			
	Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento derivados del plan de auditorías de calidad realizada durante la vigencia 2019, de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo, ya que por medio de la auditoría de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
LINEA BASE.	100%			
Fuente de Información	Certificación de la Oficina de Calidad u Oficina de Control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.			

INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional (PEI).

La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

El Plan de Desarrollo Institucional, es la carta de navegación que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas durante el periodo para el cual se formule. El cumplimiento se desarrolla mediante la formulación y ejecución del Plan de Acción para cada una de las vigencias que abarca el PEI, seguimiento que estará a cargo de la Oficina de Planeación.

REQUERIMIENTO	Plan de acción, y cuantas de las metas propuestas se cumplieron.			
FORMULA.	Numero de metas Plan de Acción cumplidas / número de metas del Plan de Acción programadas			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL.	BUSCA: Dar cumplimiento a los proyectos, programas mediante el PAI (Plan de Acción Institucional). De acuerdo con la ejecución de las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional en sus distintas perspectivas Asistenciales, Financiera, Recurso Humano, de Seguimiento y Tecnológico se evidencio un desempeño satisfactorio del 90%, para las vigencias 2019.			
	2020	2021	2022	2023
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
LINEA BASE.	90%			
Fuente de Información	Informe del responsable de Planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad.			

II.GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

INDICADOR 4: Riesgo Fiscal y Financiero.

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
 PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
gerencia@esemeta.gov.co
 FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

Como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "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, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

REQUERIMIENTO	Dar continuidad a ejecución de las medidas programadas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
FORMULA.	Cumplimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL.	Para la vigencia 2016 el Ministerio de Salud a través de la Resolución 2184 de 2016, califico a la E.S.E Solución Salud del Meta en Riesgo Alto. Acuerdo al Artículo 81 de LEY 1438 DE 2011. Mediante Resolución 110 de 2017 la empresa adopto el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, el cual implemento y ha venido ejecutando mediante Resolución 227 de 2017.
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2021-2024 Ejecución de las medidas propuestas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la empresa. Mantener la empresa sin riesgo o riesgo bajo.
LINEA BASE.	89.17% Ejecución Acumulada a 31 de diciembre de 2018, INFORME DE EVALUACIÓN AÑO 2018 –PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO VIABILIZADOS DE ESE EN RIESGO MEDIO O ALTO TOMO III, Pág. 470, Tabla2-2.
Fuente de Información	Informe de evaluación anual del MHCP de los programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados.

INDICADOR 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.

Busca medir la optimización del gasto frente a la producción.

REQUERIMIENTO.	Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya ficha técnica de la página web del SIHO del ministerio de salud y protección social.			
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 en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: Medir el costo de producir una unidad y lo compara con el año anterior.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≤0,90	≤0,90	≤0,90	≤0,90
LINEA BASE	1,03			
Fuente de Información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			

INDICADOR 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras.

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.

REQUERIMIENTO	Cuanto se gastaron en la vigencia en medicamentos y equipos quirúrgicos total y además cuanto de esto se compró a través de cooperativas de ESE's o por vía electrónica			
FORMULA	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-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 médico-quirúrgico			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: Disminuir el costo en las compras. Es de anotar que la meta establecida en este criterio, difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por la E.S.E no permite un manejo estandarizado el cual pueda ser manejado en su totalidad por el mecanismo sugerido en este ítem, ya que en la región no se cuenta con cooperativas con el perfil establecido en la resolución y la que existe no tiene el músculo financiero para proveer las necesidades de la empresa.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≥0.70	≥0.70	≥0.70	≥0.70
LINEA BASE-	0%			
Fuente de información	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 adquisiciones de la ese por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4.- aplicación de la fórmula del indicador			

INDICADOR 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.

El talento humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere el pago oportuno por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

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 31 de diciembre de la vigencia anterior.
----------------	---

FORMULA	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la ESE pague oportunamente para tener empleados motivados. / Los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios se les dan trámite en la Subgerencia Administrativa y Financiera tan pronto se radica para su pago respectivo, previa certificación por parte de la interventoría o supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de Ley, para las vigencias 2013, 2014 y 2015 se evidenció el cumplimiento de este indicador.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	0	0	0	0
LINEA BASE	0			
Fuente de información	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.			

INDICADOR 8. Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud se requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000 o la norma que la sustituya.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios, por lo cual la ESE continúa realizando los esfuerzos en la optimización de su sistema de información, para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

REQUERIMIENTO	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia anterior. el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.			
FORMULA.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia.			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL.	BUSCA: que la Junta Directiva conozca de qué se enferma la población de los municipios donde la empresa hace presencia. / En cumplimiento de este indicador se realizaron los informes de registro individual de prestación de servicios (RIPS), los cuales fueron debidamente presentados y soportados ante la junta directiva de la institución, información que se encuentra registrada en las actas de junta directiva de las vigencias 2013, 2014 y 2015, dando cumplimiento a la meta esperada en este estándar.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	4 informes al año.	4 informes al año.	4 informes al año.	4 informes al año.

LÍNEA BASE	4 informes al año.
Fuente de información	<ul style="list-style-type: none"> Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en actas 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. Actas de Junta Directiva.

INDICADOR 9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.

Este indicador permite evaluar la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

REQUERIMIENTO	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de cartera por cobrar de vigencias anteriores) y valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores			
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.			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la ESE suministre información oportuna para su consulta, además de evitar sanciones.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≥1.00	≥1.00	≥1.00	≥1.00
LÍNEA BASE	0.98			
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social			

INDICADOR 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.

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

REQUERIMIENTO	Soporte de cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la ESE suministre información oportuna para su consulta, además de evitar sanciones. La empresa realizó la presentación de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA	2020	2021	2022	2023
	Informes NO extemporáneos.	Informes NO extemporáneos.	Informes NO extemporáneos.	Informes NO extemporáneos.
LÍNEA BASE	Informes extemporáneos.			
Fuente de información	Superintendencia Nacional de Salud.			

INDICADOR 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Con relación a estos indicadores la E.S.E Solución Salud cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

REQUERIMIENTO	Soporte de cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente en la vigencia anterior.			
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la ESE suministre información oportuna para su consulta, además de evitar sanciones. La empresa presento los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de su envío, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.			
	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2020	2021	2022	2023
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA	4 informes NO extemporáneos.	4 informes NO extemporáneos.	4 informes NO extemporáneos.	4 informes NO extemporáneos.
LINEA BASE	Cumple.			
Fuente de información	Ministerio de Salud y Protección Social.			

III.GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

Conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

INDICADOR 21 Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de Gestación.

REQUERIMIENTO	Número de mujeres gestantes que ingresaron a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia y total de mujeres gestantes identificadas en la misma vigencia			
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ese, a más tardar en la semana 12 de gestación / total de mujeres gestantes identificadas			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la Junta Directiva conozca la salud sexual y reproductiva de las mujeres hacen parte de su población a cargo de la E.S.E. Evaluar la calidad del programa de control prenatal en la E.S.E; para contribuir a mejorar las acciones que permitan asegurar las acciones de prevención y promoción de la salud durante el embarazo; el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz adecuado de las enfermedades del binomio madre - hijo.			
	2020	2021	2022	2023
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	≥0,85	≥0,85	≥0,85	≥0,85
LINEA BASE.	56%			
Fuente de información	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 médico; aplicación de la fórmula del indicador.

INDICADOR 22: Incidencia de SÍFILIS congénita en partos atendidos en la ESE.

REQUERIMIENTO FORMULA.	Y	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la E.S.E en la vigencia.			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL.	/	BUSCA: Diagnóstico adecuado para ofrecer un tratamiento eficaz y oportuno que evite las secuelas o muerte en madre o el recién nacido. Nivel de cumplimiento óptimo de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado en la vigencia 2019.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.		2020 0 casos.	2021 0 casos.	2022 0 casos.	2023 0 caso.
LINEA BASE.		0 casos.			
Fuente de información		A) Cuando no existan casos de sífilis congénita; concepto del concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos. B) Cuando existan casos de sífilis congénita: concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la E.S.E en cada caso de sífilis congénita diagnosticado.			

INDICADOR 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

REQUERIMIENTO	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la E.S.E durante la vigencia anterior y total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ese en la misma vigencia.			
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 E.S.E / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ese en la vigencia objeto de evaluación.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: conocer el nivel de adherencia de las guías institucionales. Medir la adherencia de las guías institucionales por parte del personal asistencial de la empresa.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020 ≥0,90	2021 ≥0,90	2022 ≥0,90	2023 ≥0,90
LINEA BASE	0,59			
Fuente de información	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 indicadores			

INDICADOR 24: Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

REQUERIMIENTO	Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo durante la vigencia anterior y total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ese en la misma vigencia.			
FORMULA.	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo / Número 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 ese en la vigencia.			
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: conocer el nivel de adherencia de las guías institucionales. Medir la adherencia de las guías institucionales por parte del personal asistencial de la empresa.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
LINEA BASE	82%			
Fuente de información	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.			

INDICADOR 25: Reingresos por el servicio de Urgencias.

REQUERIMIENTO	Número de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente en un tiempo mayor de 24 y menor de 72 horas durante la vigencia anterior y el total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.			
FORMULA.	Número de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente en un tiempo mayor de 24 y menor de 72 horas durante la vigencia anterior / el total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.			
OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: identificar las causas de reingreso en el servicio de Urgencias. Conocer las primeras causas de reingresos por el servicio de urgencias mayor de 24 y menor de 72 horas.			
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2020	2021	2022	2023
	≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,3
LINEA BASE	0,002			
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			

INDICADOR 26: Oportunidad promedio en la atención de Consulta Médica General

REQUERIMIENTO	En cuantos días estuvo según el observatorio nacional de la calidad en salud y lo reportado durante la vigencia anterior.
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.

OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	BUSCA: que la Junta directiva conozca oportunidad consulta de medicina general, además de evitar sanciones. Conocer la oferta de la Consulta por medicina general para tomar correctivos a las desviaciones encontradas frente a los estándares del Ministerio de Salud.		
META PROPUESTA PARA LA VIGENCIA.	2017 ≤3 días	2018 ≤3 días	2019 ≤3 días
LINEA BASE	2,6 días		
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.		

IV. SEGUIMIENTO

El seguimiento al desarrollo de los indicadores que forman parte del presente plan se realizara con la información reportada por los Subgerencias, quienes darán las alertas tempranas para realizar los correctivos pertinentes a tiempo. Este seguimiento se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Seguimiento a los comités de historias clínicas para detectar oportunamente las desviaciones frente a las metas planteadas en el plan.
- Solicitud de información a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Pantallazos de reporte oportuno de la información pertinente a los entes de control, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes.



DR. JUAN JOSÉ MUÑOZ ROBAYO
GERENTE

Elaboro: Carlos Samuel Rosado Sarabia
Profesional de apoyo Oficina de Planeación

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta
PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663
www.esemeta.gov.co
gerencia@esemeta.gov.co
FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional