

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

INFORME EJECUTIVO DE GESTION VIGENCIA 2022

E.S.E. ANA SILVIA MALDONADO JIMNEZ

JENIFER NOBLES LABARRERA Gerente

"Si no se puede describir lo que está haciendo como un proceso, no sabe lo que uno está haciendo"

W. EDWARDS DEMING

Página 1



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

CONTENIDO

ANEXOS	7
INTRODUCCION	9
1. GENERALIDADES	10
1.1 Objetivos	10
1.1.1 Generales	10
2.1.2 Específicos	10
1.2 Reseña Historia	11
2.2.1 Ubicación Geográfica	11
2.2.2 División Política del Municipio	12
2.2.3 Situación Poblacional	12
2.2.3.1 Proyección Poblacional a través del DANE	12
2.2.3.2 Población según información del SISBEN del Municipio de Col-	ombia Huila 13
2. MARCO GENERAL DEL PLAN DE GESTION Y DEL INFORME DE EJECU PARA 2022:	
2.1 Principios y Características del Informe	16
2.2 Marco Normativo del Informe	16
2.3 Organización de la Entidad	18
2.4 Servicios Ofertados	20
2.4.1 Rol dentro de la red departamental:	22
2.4.2 Modelo de prestación de servicios:	22
2.4.2.1 Evaluación Rendimiento Consulta Médica General	23
2.4.2.2 Frecuencias de Uso¡Error! Mar	cador no definido.
2.4.2.2.1 Consulta ExternajError! Mar	cador no definido.
2.4.2.2.2 Servicio Urgencias¡Error! Mar	cador no definido.
2.4.2.2.3 Servicio de Odontología¡Error! Mar	cador no definido.
3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD	47
3.1 Autoevaluación	47
3.1.1 Procesos Prioritarios	48
3.2 Comités Institucionales	49
3.3 Plan de Capacitación	49
3.4 PAMEC	49
3.4.1 Seguimiento a Indicadores	51
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	51
5. CONCLUSIONES¡Error! Mar	cador no definido.



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

CUADROS

Cuadro 1: Indicadores Evaluados y Soportes que se adjuntan para sustentar la evaluación
Cuadro 3: POBLACION DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA ESE AÑO 2022 ¡Error! Marcador no
definido.
Cuadro 4: Distribución Poblacional del SISBEN por Rango de Edades, Genero y Área Geográfica.
14
Cuadro 5: Distribución de la Población Asegurada por EPS
Cuadro 6: Servicios Ofertados por la Entidad
Cuadro 7: Capacidad Instalada
Cuadro 8: Informe de Productividad de Servicios – Reporte Decreto 2193 de 2004
CUADRO 9: INDICADORES DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CUADRO 10: INDICADORES DE SATISFACCIÓN GLOBAL
no definido.
CUADRO 12: INDICADORES DE SALUD PUBLICA¡Error! Marcador no definido.
Cuadro 13: Indicadores Hospitalarios
Cuadro 14: Metas de Cumplimiento de Atención al cliente
Cuadro 15: Metas de Cumplimiento de Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud. ¡Error!
Marcador no definido.
Cuadro 16: Metas de Cumplimiento de la Gestión Financiera y Administrativa50
Cuadro 17: Metas de Cumplimiento del Sistema Integral de Información ¡Error! Marcador no
definido.
Cuadro 18: Resultados de ejecución del Plan Operativo de 2022:
GRAFICAS
Grafica 1: Pirámide Poblacional, según información proyectada por el DANE:
Grafica 2: Pirámide Poblacional según base de datos del SISBEN local ¡Error! Marcador no
definido.
GRAFICA 3: Variación de la Producción entre la Vigencia de 2018 Versus 2022¡Error!
Marcador no definido.
GRAFICA 4: CONSULTA EXTERNA ¡Error! Marcador no definido.

Página 5



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Organigrama de la Entidad	18
Ilustración 2: Mapa de Procesos	19



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

EVALUACION DE INDICADORES RESOLUCION 408 DE 2018

AREA DE GESTION DIRECCIÓN Y GERENCIA

INDICADOR N°1

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior.

INDICADOR N°2

Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

INDICADOR N°3

Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR N°4

Riesgo fiscal y financiero

INDICADOR N° 5

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida

INDICADOR N°6

Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgicos adquiridos mediante compras conjuntas y/o medios electrónicos.

INDICADOR N° 7



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por OPS y variación frente a la vigencia anterior

INDICADOR N° 8

Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS

INDICADOR N° 9

Resultado equilibrio Presupuestal con Recaudo

INDICADOR N° 10

Oportunidad en la entrega del reporte de información circular única SUPERSALUD.

INDICADOR N° 11

Oportunidad en la entrega del reporte de información decreto 2193 de 2004 SIHO

AREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

INDICADOR N° 21

Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

INDICADOR N° 22

Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

INDICADOR N° 23

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: guía de atención de enfermedad Hipertensiva

INDICADOR N° 24Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

INDICADOR N° 25

oágina **O**



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Reingresos por el Servicio de Urgencias

INDICADOR N°26

Oportunidad Promedio en la Atención de Consulta Médica General

ANEXOS

Como soportes obligatorios requeridos para sustenta el presente informe, me permito adjunta lo siguiente:

Cuadro 1: Indicadores Evaluados y Soportes que se adjuntan para sustentar la evaluación.

INDICADOR	ANEXOS ADJUNTADOS AL INFORME
Indicador No. 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Certificación emitida por el Responsable de Calidad
Indicador No 2: Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	Certificación Emitida por el Responsable de Calidad
<u>Indicador No 3:</u> Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Informe de Control Interno
Indicador No 4: Riesgo Fiscal y Financiero	Evidencia de la Pagina SIHO, Ficha Técnica
Indicador No 5: Evolución del Gasto por unidad de valor relativa producida	Ficha Técnica de SIHO
Indicador No 6: Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	Certificado Comité de Compras
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	Certificado emitido por el responsable de la contabilidad en la entidad.
Indicador No. 8: Utilización e información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	Certificado presentación de RIPS, y Actas ante la Junta Directiva de la Entidad.

agina /



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Indicador No. 9: Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Ejecución presupuestal Reportado a través del SIHO
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	Certificaciones de la Superintendencia Nacional de Salud
Indicador No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Certificación del Ministerio de Salud
Indicador No. 21: Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Certificado del Comité de Historias Clínicas
Indicador No 22: Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Concepto del COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado
Indicador No. 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Informe comité de Historias Clínicas
Indicador No. 24: Evaluación de aplicación de guía de crecimiento y desarrollo	Informe comité de Historias Clínicas
Indicador No. 25: Reingresos por el servicio de urgencias	Ficha Técnica de SIHO
Indicador No. 26: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Ficha Técnica de SIHO

agina 🎖



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

INTRODUCCION

La Gestión administrativa y Gerencial, desde el punto de vista de lo público, es el conjunto de acciones mediante las cuales el directivo desarrolla sus actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo: (Planeación, organización, direccionamiento, coordinación y sus respectivos controles.

Desde esta perspectiva, el informe de gestión que sustenta la gestión administrativa realizada por la gerente y su equipo de colaboradores de la ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez, en la vigencia fiscal del 2022, muestra en forma resumida los principales resultados alcanzados, logros que gracias al trabajo en equipo de todos los funcionarios de planta y contratistas de la entidad donde siempre se contó con el apoyo y direccionamiento de la junta directiva, se obtuvieron excelentes resultados que permitieron mostrar mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud a su comunidad.

La Gestión en la prestación de los servicios ofertados por la entidad, y que son la razón de ser de la misma, han estado enfocada y orientada a satisfacer las necesidades y requerimientos en salud por parte de la población del municipio de Colombia Huila, quienes son nuestros usuarios, y de igual forma, al cumplimiento de los pactos concertados con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social, con los cuales hemos buscado mantener un equilibrio financiero, en armonía con el ambiente cultural, económico y social.

El Presente Informe, es presentado en cumplimiento de la evaluación del plan de gestión, en concordancia con los lineamientos de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 408 de 2018, frente a los compromisos planteados en el plan de gestión para la vigencia 2022.

Dágina 9



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

- 1. GENERALIDADES
- 1.1 Objetivos.

1.1.1 Generales

Dar a conocer a la Junta Directiva de la ESE, a los Entes de Control, y a la comunidad en general, los logros y avances obtenido durante la vigencia 2022, sobre la gestión administrativa y gerencial adelantada, en cumplimiento de lo planteado en el Plan Institucional de Gestión para la vigencia objeto de evaluación, y en los diferentes Planes de Mejora que han sido planteados, de conformidad con lo dispuesto en la Normatividad vigente, y en coherencia con lo dispuesto en la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección social, modificada por la Resolución 408 de 2018, como herramienta fundamental para la evaluación de la gestión gerencial en el periodo institucional del gerente de la ESE durante la vigencia 2022

2.1.2 Específicos

Plantear el avance de gestión administrativa por cada indicador de gestión que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales.

Evaluar el desarrollo eficiente y articulado de los recursos financieros a través de la formulación de estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo una rentabilidad económica basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la institución.

Establecer mediante un proceso de análisis, la trazabilidad de la información generada por la ESE en sus principales indicadores y poder determinar el nivel de cumplimiento de estos a partir de las metas establecidas y las normas que aplican, que, para este caso, corresponde a la Resolución 408 de 2018.

oágina 10



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Dar cumplimiento al principio de transparencia y publicidad de la Gestión de la ESE, mediante la presentación y publicación del presente informe de gestión de la vigencia fiscal de 2022

1.2 Reseña Historia

La ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez, Es una empresa que nació como proceso de restructuración y ajuste del sistema de salud, a partir de la Descentralización visionada desde la Ley 10 de 1990, y que revivió su consolidación con la Constitución de 1991 y a la Ley 100 de 1993.

En Agosto de 1998, el entonces Centro de Salud Roberto Liévano Perdomo, fue entregado a la Administración Municipal, mediante acta, con todos sus propiedades y pasivos, (problemas), siendo Alcalde, el señor Nictor Bastidas; posteriormente, y siendo Alcalde el señor Luis Suaza Maldonado, fue transformado a Unidad Administrativa Especial, "UAE" y en el Año 2007, en el mes de Julio, siendo Alcalde el señor Serbulo Rodríguez, se transformó en ESE, cambiando de nombre de Centro de Salud Roberto Liévano Perdomo a ESE, "E. S. E Ana Silvia Maldonado Jiménez", tal como hoy es conocida, (Acuerdo No.03 de 2007).

2.2.1 Ubicación Geográfica

La ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez, se encuentra ubicada en el municipio de Colombia en el Departamento del Huila. El Municipio es más conocido como la Ciudad de los Cardos, es un Municipio de gran importancia para el desarrollo integral de la región, localizado en el área norte del territorio Huilense, más exactamente sobre la cordillera oriental.

Cuadro 2: Ubicación de la Entidad Evaluada

CUADRO 1 PIGR - IDENTIFICACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO						
NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez					
NIT	813011706-8					
NIVEL DE ATENCIÓN	1					
CARÁCTER TERRITORIAL	MUNICIPAL					
DEPARTAMENTO / DISTRITO	Huila					
MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL	Colombia					
DIRECCION Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL	Carrera 3 #7 - 62					
DANE - Municipio	41206					
CODIGO PRESTADOR - REPS	4120600433					

Dágina 1



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ **COLOMBIA HUILA**

NIT. 813.011.706-8

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

ACTO DE CREACION DE LA ESE	Acuerdo Municipal # 03 de febrero 25 de 2007		
ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCION DE	Acuerdo de Junta Directiva # 04 septiembre 19		
ESTATUTOS	de 2008		
ACTO ADMINISTRATIVO ADOPCIÓN PLAN	Acuerdo Junta Directiva # 005 de 2016		
	JENIFER NOBLES LABARRERA, Decreto		
INFORMACIÓN GERENTE ACTUAL	Municipal DA-100-02-035 de 19 de Junio de		
	2021.		

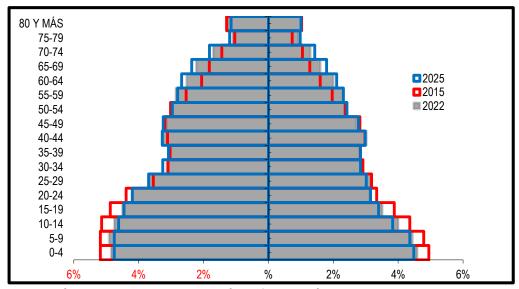
2.2.2 División Política del Municipio.

LA E.S.E Ana Silvia Maldonado Jiménez de Colombia Huilla, como entidad prestadora de servicios de salud de baja complejidad, atiende a la población de la jurisdicción territorial del Municipio de Colombia Huila, la cual está distribuida en 6 barrios para el área urbana, 7 centros poblados y 59 veredas en la zona rural,

2.2.3 Situación Poblacional.

2.2.3.1 Proyección Poblacional a través del DANE

La población proyectada para el municipio de Colombia en el año 2022 es de 7.179 habitantes, según la proyección censo DANE 2018, de los cuales 2.052 (28.58%) residen en la cabecera municipal y 5.172 (71.42%) en el área rural. El 54.2 % (3.894) corresponde a la población masculina y 45.8 % (3.285) a la población femenina.



Grafica 1: Pirámide Poblacional, según información proyectada por el DANE:2022

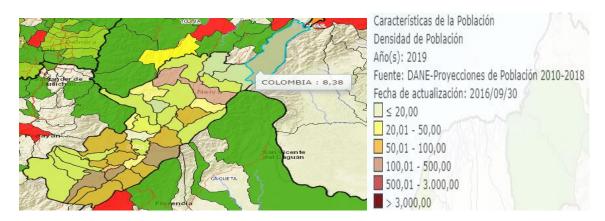
INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Según este Grafico, la población doblemente colombiana es decreciente según va transcurriendo su edad, y esto obedece a que la juventud después de los veinte años, (20), va migrando a otras localidades en busca de mejores oportunidades y condiciones de crecimiento social y calidad de vida, ya que nuestro territorio no ofrece mayores expectativas de desarrollo.

De acuerdo al ciclo vital en el municipio de Colombia Huila para el año 2022, se proyectó una población de 7.179 habitantes, la concentración se ve en la adultez con un 35.9% con leve tendencia al aumento, seguido de la juventud con un 16% que se mantiene según las proyecciones del DANE en los años 2015, 2022 y 2025. Muy cerca está la población catalogada como persona mayor con un 15.6% que tienen tendencia al incremento.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio de Colombia cuenta con una baja densidad poblacional, aproximadamente de 4.222 habitantes por Km²; la gente emigra a los diferentes municipios del departamento y otras ciudades buscando mejores condiciones de vida, por falta de fuentes de empleo, por el orden público y constantes desastres naturales que se presenta en la región



Mapa poblacional: Densidad poblacional municipio Colombia Huila

2.2.3.2 Población por área de residencia urbano/rural

La población del municipio según área de residencia se distribuye en un 28.58% (2.052 habitantes) en la cabecera municipal y el 71.42% (5.127 habitantes) en el área rural. Lo anterior evidencia que un porcentaje alto de la población se encuentra concentrado en la zona rural, siendo uno de los principales municipios con mayor ruralidad en el departamento.

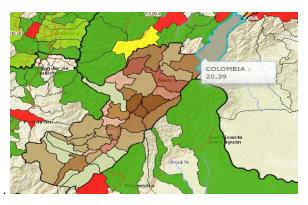
ágina $13\,$



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ COLOMBIA HUILA

NIT. 813.011.706-8

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION



Con base en los datos anteriores se evidencia que el mayor número de personas se encuentra en el área rural con lo que se requiere estrategias para mayor atención a esta población como mejorar las vías terciarias, contar con medios de transporte y accesibilidad.

Tabla 4. Población por área de residencia municipio de Colombia Huila 2022.

Municipio		Población cabecera municipal		ón resto	Población	Grado de urbanización	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	total		
Colombia	2.052	28,58	5.127	71,42	7.179	28,58	

Cuadro 3: Distribución de la Población Asegurada por EPS

En la vigencia 2022, se presentaron dos sucesos que cambiaron la conformación del aseguramiento en el Municipio, y esto fue, la Liquidación de las EPS MEDIMAS y COMFAMILIAR HUILA, cuya población, paso a ser afiliados de Sanitas y Nueva EPS, las cuales al final de la vigencia fiscal de 2022, quedo de la siguiente forma:

Sanitas: 5890 afiliados Nueva Eps: 560 afiliados

Esta situación genera un conflicto de intereses a la hora de efectuar los procesos de contratación de la prestación de servicios de salud de baja complejidad para los afiliados, pues en la mayoría de los casos, se genera una posición dominante, al ser la EPS las que imponen las tarifas sin analizar la particularidad geográfica del Municipio de Colombia Huila,

Página 14



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

2. MARCO GENERAL DEL PLAN DE GESTION Y DEL INFORME DE EJECUCION DEL PLAN PARA 2022:

En concordancia con la resolución 408 del 15 de febrero de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del 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, se presenta por parte de la actual gerente, Doctora JENIFER NOBLES LABARRERA, el proyecto de Plan Institucional de Gestión para las vigencia 2021- 2024 a la Junta Directiva de la E.S.E. Ana Silvia Maldonado Jiménez, para su proceso de discusión y aprobación, de igual forma, se adoptó el plan de acción 2022.

El Plan, y el presente informe, están diseñado y elaborados de acuerdo a los principios, políticas, y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, de igual forma recoge los lineamientos en materia de las políticas nacionales en salud, los objetivos y metas del milenio, el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Territorial de Salud que la administración municipal han adoptado para este cuatrienio; desarrollados mediante una metodología participativa, en donde se efectuó la consolidación y análisis de datos asistenciales, financieros, den procesos y de desarrollo organizacional.

Su estructura está basada en las principales áreas de gestión, como son: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Gestión Clínica o Asistencial.

El objetivo principal del Plan de Gestión objeto de esta evaluación es ofrecer a los usuarios los mejores servicios de salud con el desarrollo de actividades que promocionan la salud, previenen la enfermedad, curan y rehabilitan de forma oportuna, eficaz y eficiente, bajo principios de calidad, y calidez humana y alto y eficiente desempeño humano.

En virtud a lo anterior, este informe expone entre otros, los avances en el proceso de implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, los procesos de evaluación y desarrollo de los planes estratégicos y corporativos, el nivel de ejecución de los planes de mejora suscritos a partir de estándares superiores de calidad, el resultado de la gestión financiera y por ende el desarrollo de la gestión asistencial.

De igual forma, se buscar plasmar los avances realizados por la entidad en cada una de las dimensiones del nuevo modelo integrado de planeación y gestión, de conformidad con los resultados de la autoevaluación realizada durante la vigencia de 2022.

Página 上



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

2.1 Principios y Características del Informe

El presente Informe de Gestión está fundamentado en los siguientes principios:

- Calidad: Para el logro de los resultados mostrados se parte de la aplicación excelente de recursos, tecnología y comportamientos humanos en todas las funciones, procesos, procedimientos y actividades que se realizan en la entidad.
- Trabajo en Equipo: El Equipo Humano que integro la Entidad durante la vigencia fiscal de 2018, fue primordial para desarrollar la gestión administrativa y operativa de la misma, y sin el cual no hubiese sido posible obtener los resultados que hoy se están presentando a través del presente informe, a ellos un agradecimiento especial y la invitación a continuar siendo cada día más proactivos.
- Mejoramiento Continuo: Como Líder del proceso, siempre mantuvimos la línea de trabajo en forma colectiva, buscando compartir situaciones y conocimientos, teniendo en cuenta en lo que fue posible al otro, escuchando, y generando procesos de cambio para mejorar, para cambiar inclusive de actitud, de ser más positivos, tolerantes, manejando una comunicación asertiva siempre con el compromiso de alcanzar los objetivos previstos y garantizar mayor oportunidad y calidad en los servicios prestados.
- Actitud de Servicio: Siempre mantuvimos nuestra disposición permanente y constante de brindar nuestros servicios, dentro de los términos de Ley, con oportunidad, amabilidad y con sentido de pertinencia, y buscamos dentro del equipo que se actuara en el mismo sentido, siempre teniendo como centro al usuario.
- Pensamiento Proactivo: Motivamos siempre a nuestro equipo a ser creativos, innovadores a la hora de prestar los servicios, pues el servicio debe estar blindado de eficiencia, eficacia y calidad.

2.2 Marco Normativo del Informe

Para la elaboración del Informe de gestión, la E. S. E Ana Silvia Maldonado Jiménez del Municipio de Colombia Huila, se considera pertinente esbozar la normatividad aplicable que regula este tipo de informes, y con los cuales nos permite generar una visión sistemática y futurista del informe y de la entidad, y para ello citamos lo siguiente:

Página $16\,$



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

- Constitución Política de Colombia, Artículo 342: "La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales".
- Ley 100 de 1993, Artículo 192: establece que los directores de las entidades públicas de salud serian nombrados por los directores de la unidad territorial, de terna presentada por la Junta Directiva de la institución y {J} "Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa". Reglamentado por la Ley 1797 de 2016.
- La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- Decreto 1876 de 1994: hace referencia a la plataforma jurídica de las Empresas Sociales del Estado.
- Decreto 139 de 1996, Artículo 4°: los Gerentes de las ESE, tienen dentro de las principales funciones la formulación de planes y proyectos para la entidad.
- Ley 1438 de 2011, Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado; y el Articulo 74: establece el proceso para la Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Ley 909 de 2005: Ley general del Empelo Publico y de carrera administrativa.
- Decreto 1011 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Resolución 1043 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.
- Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 408 de Febrero 18 de 2018: Con la cual se modifica las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013: Por medio del cual se define la

Página 👃 /



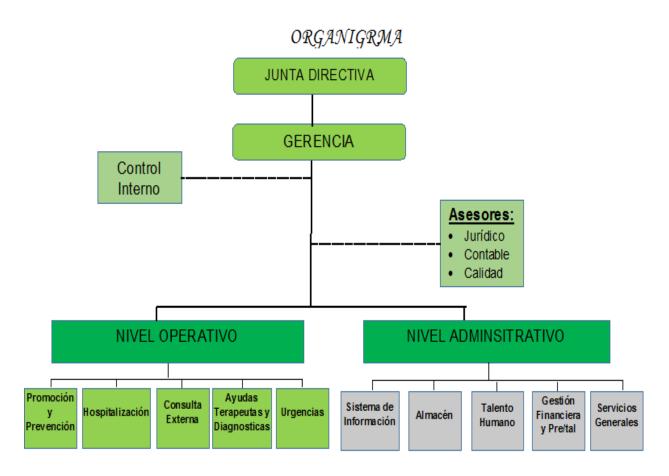
INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

metodología para el diseño, elaboración y evaluación del plan de gestión de los gerentes de la Empresa Sociales del Estado.

2.3 Organización de la Entidad

La E. S. E Ana Silvia Maldonado Jiménez, cuenta con una estructura funcional y organización que exponemos a continuación:

Ilustración 1: Organigrama de la Entidad

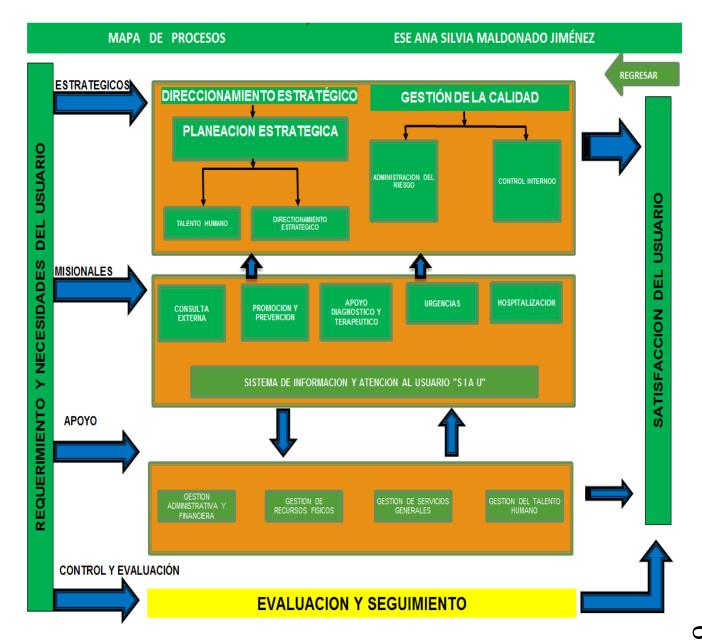


Página 🗜



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Ilustración 2: Mapa de Procesos



Página 上 🖔



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

2.4 Servicios Ofertados

La E.S.E Cuenta con un portafolio de servicios, que ha sido registrado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud -. REPS, según se evidencia en el siguiente reporte:

Cuadro 4: Servicios Ofertados por la Entidad

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	101-GENERAL ADULTOS	DHS090453
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	102-GENERAL PEDIÁTRICA	DHS090454
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	112-OBSTETRICIA	DHS090455
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	312-ENFERMERÍA	DHS090456
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	328-MEDICINA GENERAL	DHS090457
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	334-ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS090458
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	344-PSICOLOGÍA	DHS090459
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	501-SERVICIO DE URGENCIAS	DHS090460
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHS090461
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	706-LABORATORIO CLÍNICO	DHS090462
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS090463
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	714-SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS090464
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	741-TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS090465
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	907-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	DHS090466
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	908-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	DHS090467
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	909-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS090468
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	910-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS090469
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	911-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS090470
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	912-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS090471
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	913-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS090472
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	914-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS090473

Página ${\sf Z}{\sf L}$



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Huila	COLOMBIA	4120600433	1	915-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS090474
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	DHS090475
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	917-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS090476
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	918-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS090477
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	950-PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS090478

Cuadro 5: Capacidad Instalada

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Grupo	Concepto	Cantidad
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	AMBULANCIAS	Básica	3
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	CAMAS	Pediátrica	2
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	CAMAS	Adultos	3
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	CAMAS	Obstetricia	2
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	SALAS	Partos	1
Huila	COLOMBIA	4120600433	1	SALAS	Procedimientos	1

	PERSONAL ASISTENCIAL CONTRATADO											
SERVICIO	MEDICO	ENFERMERO	AUXIDE ENF	ODONTOLOGO	HIGIENISTA ORAL	BACTERIOLOGIA	PSICOLOGIA	T FARMACIA	CONDUCTOR			
URGENCIAS												
HOSPITALIZACION			10									
SALA DE PARTOS	5	1	10									
CONSULTA EXTERNA							1	1	1	1	1	3
PROMOCION Y PREVENCIÓN												
ODONTOLOGIA Y SALUD ORAL												
LABY TOMA DE MUESTRAS												
PSICOLOGIA												
FARMACIA												
TAB												

Página $21\,$



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

En cuanto a la capacidad instalada y la suficiencia de oferta para la demanda de servicios durante la vigencia 2022 se pudo garantizar la prestación de todos los servicios habilitados y contratados cumpliendo con oportunidad y calidad a la población del Municipio, y garantizar la prestación de los servicios la ESE contando con talento humano idóneo, capacitado y tecnología para su nivel de complejidad.

2.4.1 Rol dentro de la red departamental:

La ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ, presta servicios de primer nivel y dentro de su actuar refiere los pacientes que ameritan atención de segundo y tercer nivel a las IPS de la ciudad de Neiva, dependiendo de la Red prestadora de servicios de la EPS a la que el usuario está afiliado.

2.4.2 Modelo de prestación de servicios:

El modelo de salud es una estrategia diseñada por la E.S.E. acorde con su capacidad de infraestructura física, dotación, recurso humano, tecnológico y suficiencia económica. Por lo tanto, La ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ como institución prestadora de Servicios de Salud (IPS) establece un modelo organizacional de atención en salud de baja complejidad, que garantiza la integralidad de atención del paciente, en el marco del proceso del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

HABILITACION



La ESE Esta legalmente habilitada para presentar lo servicios de salud de baja complejidad.

Página ${\it LL}$



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

De acuerdo con el proceso de evaluación de los estándares de habilitación, la Secretaria de Salud no cerro ningún servicio, y dejo plan de mejora por situaciones de infraestructura y procesos. A los cuales se viene ejecutando acciones para lograr la subsanación de estos hallazgos.

2.4.2.1 Evaluación Rendimiento Consulta Médica General.

MES	N. HORAS ASIGNADASA CONSULTA	N. CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO HORA	TOTAL HORAS CONSULTA EXT UTILIZADAS	% horas consulta ext
ENERO	180	378	3 CONSULTAS	126	70%
FEBRERO	180	357	3 CONSULTAS	119	66.1%
MARZO	180	389	3 CONSULTAS	130	72.2%
ABRIL	180	401	3 CONSULTAS	133	73.8%
MAYO	180	398	3 CONSULTAS	133	73.8%
JUNIO	180	398	3 CONSULTAS	133	73.8%
JULIO	180	379	3 CONSULTAS	126	70%
AGOSTO	180	371	3 CONSULTAS	124	68.8%
SEPTIEMBRE	180	357	3 CONSULTAS	119	66.1%
OCTUBRE	180	378	3 CONSULTAS	126	66%
NOVIEMBRE	180	349	3 CONSULTAS	116	64.4%
DICIEMBRE	180	363	3 CONSULTAS	121	67.2%

De acuerdo al cuadro anterior, se puede observar que el rendimiento de la consulta, es decir, el tiempo promedio de atención por hora se encuentra en 20 minutos por consulta, dando cumplimento a las indicaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social

Igualmente, el porcentaje de utilización de horas en consulta externa por parte de medicina general estuvo en el primer semestre en un promedio del 71.6%, del total de las horas asignadas a realización de consulta externa, incluyendo la atención de promoción y mantenimiento. En el segundo semestre el porcentaje de utilización de las horas de consulta externa aumento al 67% observándose una optimización del recurso humano.

Es importante precisar, que la institución cuento con 3 médicos en cumplimiento del año social obligatorio, que rotan a su vez por el servicio de hospitalización, urgencias, atención de partos y consulta externa, que implica la asignación de

Página 💪



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

turnos disponibilidad de los recursos, generación de horas extras que también afectan la sostenibilidad financiera de la institución.

La frecuencia de uso en el servicio de odontología se encuentra en un promedio de 0.8 estando por encima del esperado. Se debe revisar en el momento de la admisión de los usuarios si asisten a consulta de primera vez o es a consulta para tratamiento y/o controles.

Cuadro 6: Informe de Productividad de Servicios – Reporte Decreto 2193 de 2004.

ACTIVIDADES BASICAS DE SALUD	2021	2022	Diferencia
Dosis de biológico aplicadas	5.233	3.160	-2.073
Controles de enfermería (Atención prenatal/crecimiento y desarrollo)	1.243	1.085	-158
Otros controles de enfermería de p y p (diferentes a atención prenatal- crecimiento y desarrollo)	1.289	907	-382
Citologías cérvico-vaginales tomadas	356	339	-17
Consultas de medicina general electivas	3.460	4.445	985
Consultas de medicina general urgentes	1.688	1.738	50
Otras consultas electivas realizadas diferente a médico, enfermera u odontólogo (Incluye psicólogo, nutricionista, optometría, otras)	321	348	27
Total de consultas de odontología	970	1.636	666
Numero de sesiones de odontología realizadas	459	601	142
Total de tratamiento terminados	748	442	-306
Sellantes aplicados	2.643	2.545	-98
Superficies obturadas (cualquier material)	1.925	2.024	99
Exodoncias (cualquier tipo)	258	274	16
Partos vaginales	33	19	-14
Total de egresos	73	96	23
Egresos obstétricos (partos y cesáreas)	33	19	-14
Egresos no quirúrgicos	40	77	37
Pacientes en observación	29	90	61
Total de días estancia en los egresos	177	217	40
Días estancias de los egresos obstétricos	40	21	-19
Días de estancia de los egresos no quirúrgicos	137	196	59
Total días cama ocupadas	245	249	4
Total días cama disponibles	2.315	2.290	-25



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Exámenes de laboratorio	9.424	6.181	-3.243
Visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales	11.354	15.502	4.148
Sesiones de talleres colectivos PIC	2.765	3.875	1.110

Fuente: Ese Ana Silvia Maldonado- Facturación - Reporte Decreto 2193 de 2004.

Realizado un análisis de la producción de los Servicios asistenciales de la ESE, comparando con el año inmediatamente anterior se observa un incremento importante de actividades en algunos de las unidades funcionales como en el caso de Consultas de medicina general electivas; Consultas de medicina general urgentes; consultas de odontología.

Es necesario aunar esfuerzos para garantizar los cumplimientos en las metas y alcanzar las coberturas de los diferentes programas verificando las estimaciones programadas por la EPS, por lo que se generaron las estrategias que se relacionan a continuación.

CONSULTA DE DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL JOVEN:

Se realiza a través de:

- Asignación de cita en formato control del joven al asistir a la institución y cumplir con la edad para el programa.
- Brigada a instituciones educativas.
- Brigada a las zonas rurales.

CONSULTA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULTO POR MEDICO:

Se realiza a través de:

- Asignación de cita en formato control del adulto mayor de 45 años al asistir a la institución y cumplir con la edad para el programa.
- Demanda inducida por auxiliar de área de la salud.
- Demanda inducida por auxiliar de área de la salud de manera telefónica.

CONSULTA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, PLANIFICACION FAMILIAR, CITOLOGIA CERVICOUTERINA Y TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL:

Se realiza a través de:

Página **Z**



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

- Asignación inmediata de cita, agenda doble los fines de semana.
- Brigada a las zonas rurales.
- Brigada a instituciones educativas

CONSULTA DE CONTROL PRENATAL:

Reporte de resultados de laboratorio de gravindex positivo por parte del programa. Asignación inmediata de la cita de control prenatal al entregar resultado positivo o al ser informados de resultado de gravindex positivo por parte de las usuarias.

- Citas prioritarias para controles prenatales.
- Asignación de citas de control con un mes de anterioridad.
- Canalización a servicio de odontología, psicología, y laboratorio.
- Seguimiento a fechas probables de parto.
- Seguimiento y tratamiento a usuarias con laboratorios alterados.

En cuanto a los servicios de Medicina general en consulta externa se observa una variación positiva del 128% teniendo en cuenta que este año se tiene profesionales suficientes en consulta externa para garantizar la oferta y cumplir con las frecuencias de uso pactadas.

En el servicio de urgencias se tuvo una variación positiva del 102% se garantizó el cumplimiento de frecuencia de uso pactada. Se requiere revisar la demanda del servicio en el que aún se observa que los usuarios por su cultura no hacen uso racional del servicio por lo que hay que reforzar en los usuarios medidas de autocuidado y prácticas de manejo en casa para patologías de mayor frecuencia.

En cuanto al servicio de odontología se observa una variación positiva de 108% en la valoración inicial de odontología y en las sesiones de odontología, controles, un aumento de 142 sesiones, en exodoncias hubo aumento de 16 exodoncias lo que nos favorece en la evaluación de salud oral de nuestra población trabajando en el mantenimiento y disminuyendo las perdidas dentarias, en tratamientos terminados se presentó un subregistro reflejado en la variación negativa. Es necesario aclarar que no se estaban reportando los tratamientos terminados por parte de la profesional del área lo que afecto el resultado con respecto al año anterior.

Se requiere garantizar un proceso de inducción adecuado garantizando así un registro adecuado, mejorando la calidad del dato. Con respecto a las actividades de salud oral a pesar de que hay una variación positiva no se alcanza a dar cumplimiento a las actividades programadas por estimaciones ya que no existe una

ágina **2**6



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

cultura de prevención, por lo que se han programado diferentes actividades extramurales para acceder a la población.

Durante la vigencia en promedio la estancia hospitalaria fue de 2.2 días observando una variación positiva de 0.2 en las estancias no quirúrgicas. En cuanto al porcentaje ocupacional se alcanzó un 10.8% observando una subutilización del servicio.

Se ha recalcado con el personal médico la importancia de tener adherencia a las guías de atención y en ese orden de ideas aplicar los tratamientos de forma adecuada tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, mejorando así los porcentajes de hospitalización y por ende disminuyendo los porcentajes de remisión por causas manejables en el Primer nivel de atención.

Es de aclarar que, a causa de la no disponibilidad de equipos médicos de mayor tecnología, personal médico especializado para la atención a los usuarios y la complejidad de las patologías, se ve la necesidad de remitir a IPS de más alta complejidad.

En cuanto a apoyo diagnostico se observa una variación negativa de 65.5%, situación de alta importancia debido a que en la vigencia 2022 le ESE tuvo dificultades en la contratación de bacteriólogo

En relación a las actividades del PIC se observa un incremento del 136% con respecto a la vigencia anterior en lo relacionado con las visitas domiciliarias y en cuanto a talleres educativos se evidencio un aumento del 140%, además se dio cumplimiento a las acciones contratadas a realizar en todas las dimensiones.

CUADRO 7: INDICADORES DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

 Nro. 1 Mejoramiento Continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior Página 💪 /



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Durante la vigencia de 2022, de conformidad con lo establecido en el Anexo Nro. 2 de la Resolución 0710 de 2012, la 743 de 2013 y modificada por la Resolución 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, es el siguiente:

No. Indicad or	Indicador	Formula Indicador	Datos Indicador	Resultad o 2022
1	Mejoramiento Continuo de calidad aplicable a	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/	Promedio de la calificación de 2.0 autoevaluación en la 4 vigencia 2022	1.4
1	entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior 2021	1.4

Fuente: Documento de Autoevaluación acreditación

El resultado **del indicador No.1** Mejoramiento Continuo de la Calidad durante la vigencia 2022, conforme a lo establecido en el Anexo No. 2 de la Resolución 0408 del 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, es la realización de la autoevaluación completa de los estándares que aplican a la ESE según los estándares dispuestos en la resolución 5095 de 2018. De acuerdo a lo observado en la auditoría realizada en el 2022, me permito detallar los resultados por estándar y el promedio general de la autoevaluación la cual fue **2.04**:

	AUTOEVALUACIÓN SEGÚN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN RES. 5095 de 2018										
	Е	NFOQU	E		NTACIÓN		RE	SULTAD	os		MEDIA
CÓDIGO DE ESTÁNDAR	Sistematicidad y amplitud	Proactiva	Ciclo de evaluación y meioramiento	Despliegue en Ia institución	Despliegue al cliente interno y externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	MEDIA
Estándar 1. AsDP1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar 2. AsDP2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Estándar 3. AsDP3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar 4. AsDP4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar 5. AsSP1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1

Página $2 {
m c}$



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Estándar 6. AsSP2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar 7. AsSP3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar 8. AsAC1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar 9. AsAC2	N/A										
Estándar10.AsAC3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar11.AsAC4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar12.AsAC5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar13.AsAC6	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar14.AsAC7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar15.AsAC8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar16.AsREG1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar17.AsREG2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar18.AsREG3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar19.AsEV1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar20.AsEV2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar21.AsEV3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar22.AsPL1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar23.AsPL2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1

Página 29



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Estándar24.AsPL3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar25.AsPL4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar26.AsPL5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar27.AsPL6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar28.AsPL7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar29.AsPL8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar30.AsPL9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar31.AsPL10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar32.AsPL11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar33.AsPL12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar34.AsPL13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar35.AsPL14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar36.AsPL15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar37.AsPL16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar38.AsPL17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar39.AsPL18	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar40.AsEJ1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar41.AsEJ2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Estándar42.AsEJ3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar43.AsEJ4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar44.AsEJ5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar45.AsEJ6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar46.AsEV1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar47.AsEV2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar48.AsEV3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar49.AsEV4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar50.AsSAL1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar51.AsSAL2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar52.AsREF1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar53.AsREF2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar54.AsREF3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,1
Estándar55.AsREF4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Estándar56.AsREF5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Estándar57.AsREF6	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar74.AsMCC1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		PF	ROMEDIO	O AUTOEVA	ALUACION 2	2022					2,04

Pápina 31

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Teniendo en cuenta que la calificación promedio autoevaluación 2021 fue de 2.9 y la presente vigencia es **2.04** el cálculo para el indicador No. 1 de la resolución 408 del 2018 de es de 1.4

 No. 2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

En la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 710 DE 2012, la 743 de 2013 y modificada por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y

de la Protección Social, es el siguiente:

No. Indicado r	Indicador	Formula Indicador	Datos Indicador	Dato	Resulta do 2022
2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas /	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	15	7
	continuo de la calidad en la atención en salud	Total de acciones de mejora programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	Total, de acciones de mejora programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de	16	93.7
			auditoría registrados en el PAMEC		

TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	15
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS	16
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	93.7
RESULTADO DEL INDICADOR	0.93

RESULTADO DEL INDICADOR	0.93
CALIFICACION	5

Se evalúan las actividades planteadas para alcanzar avance en el cumplimiento de estándares y se encontró que de las 16 actividades planteadas se logró el cumplimiento de 15 actividades lo que corresponde al 93% de cumplimiento

No. 21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

En la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ, de la vigencia 2022, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, 743 de

'ágina **5**2



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ **COLOMBIA HUILA**

NIT. 813.011.706-8

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

2013 y modificada por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

Indicador	Formula Indicador	Datos Indicador	Dato	Resulta do 2022
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	una valoración médica y se inscribieron en el	•	53	58.2
	de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas	Total, de mujeres gestantes identificadas	91	

El total de mujeres gestantes captadas para CPN en la vigencia 2.022 fue de 91, de estas 53 ingresaron al programa a más tardar en la semana 12 de gestación, que da como resultado un 58.2% de captación temprana.

En el año 2.022 se dio continuidad a las acciones realizadas en la vigencia anterior:

- El servicio de laboratorio clínico reporta al programa de atención a la gestante los resultados de gravindex positivo, para asesoría médica en opciones y como las gestantes decidieron no IVE, se canalizaron las gestantes de manera inmediata al control prenatal.
- Promoción de los programas de detección temprana y protección específica, en los espacios generados por la ESE y las actividades realizadas por PIC.

El seguimiento realizado al indicador nos permite concluir:

- La movilidad o cambio de municipio de residencia genera inconvenientes en la atención oportuna
- Los cambios de EAPB (movilidad, portabilidad) genera barreras y limitaciones al proceso de captación temprana.
- Falta de adherencia de la consulta preconcepcional, como estrategia para disminuir los embarazos no deseados y el riesgo durante la gestación.
 - No. 23. Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: guía de atención de enfermedad hipertensiva



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

En la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ de la vigencia 2022, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, la 743 de 2013 modificadas por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de

Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS DEL INDICADOR	DATO	RESULTAD O 2022
Evaluación de aplicación de la guía de manejo especifica: Guía de atención de	•	Número de HCL que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedades HTA adoptadas por la ESE/	28	93
enfermedad hipertensiva	ESE/Total de HCL auditadas de la muestra representativa d pacientes con DX de HTA atendidos en la ESE	Total, de HCL auditadas de la muestra representativa d pacientes con DX de HTA atendidos en la ESE	30	

Metodología de la evaluación

En observancia a las revisiones realizadas por el Comité de historias clínicas de la E.S.E se toma la base datos de usuarios inscritos y atendidos en el programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT) en la vigencia 2022, específicamente los de Hipertensión arterial y se aplica la siguiente fórmula para selección de la muestra e instrumentos para la auditoria respectiva.

> Plan de muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra representativa que se debe analizar, se aplica la formula descrita:

n: tamaño de la muestra

z: nivel de confianza deseado

p: proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q: proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e: nivel de error dispuesto a cometer

N. tamaño de la población

página 36



1411. 015.011.700 0

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

	Introducir valores:	
Nivel de confianza deseado (Z) =	90	%
Tamaño del universo (N) =	389	
Proporción de población (p) =	90%	
Error deseado (e) = +/-	10	%
	Resultado:	
Muestra (n)=	30	

El número 30 se obtiene al considerar en la fórmula 389 usuarios atendidos por consulta de HTA durante el 2022, con un nivel confianza de 90% y un margen de error de 10%.

Las historias clínicas a evaluar se tomaron de la población por muestreo simple aleatorio desde el área de SIAU.

Instrumento de evaluación

Para la evaluación de adherencia de la GPC, el comité de historias clínica de la E.S.E aprobó el instrumento "Evaluación de Adherencia a Guía de HTA", el cual contiene los criterios a evaluar, según lo descrito en la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social (2017), los cuales se describen a continuación:

		_			
EVAL	EVALUACION				
NUM	NUMERO H.C.				
FECH	HA DE ATENCION				
PRO	FESIONAL EVALUADO				
	DATOS GENERALES				
1	Registra Estado Civil				
2	Registra nivel de escolaridad				
3	Indaga y registra acompañante y su parentesco				
4	Actualiza el número telefónico				
	MOTIVO DE LA CONSULTA	١,			
5	Registra el motivo de consulta	7.			
	ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS):				
6	Aplicación y valoración test de Morisky				
7	Evaluación Psicosocial				

A.E. 02107(0 / N. D. / I.V. 411000 C. I. IV. W.



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

8	Povinión por cintomos
9	Revisión por sistemas Clasificacion de Niveles de Presión Arterial: Estadio I-II-III-HTA SISTOLICA AISLADA
10	Clasificacion de Riesgo Cardiovascular: Clasificacion de Riesgo Cardiovascular: Bajo, Moderado, Alto; o para la DM: Insulinodependiente con o sin mención de complicación, No insulinodependiente con o sin complicación
11	Registra clasificación de ERC: Estadio I-II-IIIA-IIIB-IV-V
	REVISION POR SISTEMAS
12	Registra revisión de todos los sistemas
	ANTECEDENTES FAMILIARES
13	Patologías familiares
	ANTECEDENTES PERSONALES
14	Registro de hábitos
15	Datos ginecobstétricos
16	Registra método de planificación (MEF)
	EXAMEN FISICO
17	Frecuencia Cardiaca
18	Frecuencia Respiratoria
19	Tensión Arterial
20	Peso - Talla - IMC
21	Perímetro Abdominal
22	Valoración cuello
23	Auscultación cardiopulmonar
24	Valoración de Extremidades (Identificación de Edemas, Inspección de Pies, Pulsos, Sensibilidad)
25	Valoración neurológica y de la esfera mental.
26	Piel
	LABORATORIOS
27	Glicemia
28	Hemograma
29	Perfil Lipídico
30	Creatinina sérica
31	Parcial de orina completo
32	Microalbuminuria
33	Electrocardiograma
34	Hemoglobina glicosilada

ágina .



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

35	Registra la interpretación de los resultados				
	DIAGNOSTICO				
36	Se registran Dx relacionados según los hallazgos y/o paraclínicos				
	RECOMENDACIONES				
37	Son acordes a los hallazgos.				
38	Se da educación sobre hábitos nutricionales, actividad física, prevención de: ITS, consumo de cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, y manejo del estrés.				
39	Informa sobre fecha de próxima consulta médica				
	REMISIONES				
40	De acuerdo a hallazgos es remitida para Dx definitivo y tratamiento				
41	Odontología-higiene oral				
42	Evaluación Psicosocial				
43	Plan de manejo				

Puntuación

La puntuación que la E.S.E ha establecido para la evaluación es la siguiente:

CALIFICLIE	0	1	NA
CALIFIQUE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA

> Escala de calificación

Como escala de calificación la E.S.E ha establecido la siguiente:

DE 90% A 100%	OPTIMO
DE 79% A 89%	ACEPTABLE
MENOS 79%	DEFICIENTE

Con base en la anterior escala, se determina adherencia en la Guía de practica clínicas, todas las historias clínicas con calificación igual o mayor a 90%.

Desarrollo del informe

Teniendo en cuenta el cálculo de la muestra, se audito la adherencia a la Guía de práctica clínica de hipertensión arterial a 30 historias clínicas de las 389 usuarios del 2022, cuyos resultados se presentan a continuación:

			PORCENTAJE
		FECHA DE	DE
ITEM	NUMERO H.C.	ATENCION	CUMPLIMIENTO

3/



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

1	4898248	05/11/2022	90
2	4898516	16/11/2022	90
3	23375087	19/11/2022	90
4	26475756	11/11/2022	91
5	55167508	11/11/2022	91
6	4898688	01/11/2022	91
7	26475512	10/11/2022	90
8	26476750	12/11/2022	89
9	26477204	17/11/2022	90
10	4898566	04/11/2022	90
11	1626872	17/11/2022	91
12	26476700	10/11/2022	90
13	4898526	01/11/2022	90
14	26475873	12/11/2022	91
15	4898427	03/11/2022	90
16	4898248	05/11/2022	90
17	28697215	24/11/2022	89
18	26475756	11/11/2022	90
19	26477157	17/11/2022	91
20	26476592	11/11/2022	90
21	4899227	07/12/2022	90
22	26458726	27/12/2022	91
23	26477690	28/12/2022	90
24	26480145	28/12/2022	90
25	36181655	07/12/2022	91
26	83221409	02/12/2022	90
27	26477025	07/12/2022	91
28	26508429	10/12/2022	90
29	26477670	15/12/2022	90
30	26480145	28/12/2022	91

De lo anterior se encontró que 30 historias clínicas arrojaron resultados OPTIMOS con calificaciones de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de hipertensión arterial en los rangos de 90 a 100% %, lo que corresponde al resultado final del 100% de adherencia, cumpliendo y superando la meta estándar del indicador que corresponde al 90%.

Conclusiones

 Se auditaron 30 historias clínicas de atenciones a pacientes de control de hipertensión del 2022, de los cuales el 93% cumplieron con la adherencia a la Guía de atención de enfermedad Hipertensiva, superando la meta (90%) del indicador N° 23 de la Resolución N° 408 de 2018, por lo cual se sugiere calificación "5". ágina 38



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

• Es importante resaltar que durante la vigencia 2022, se desarrollaron diferentes capacitaciones al personal en salud con el fin de realizar socializaciones en las diferentes guías de manejo de los programas de promoción y mantenimiento de la salud en reforzamiento de la Resolución 3280 de 2018, lo anterior influyo en mejorar el registro en la historia clínica; de igual manera se realizó plan de mejora a los profesionales encargados de la atención con las desviaciones en las calificaciones.

No. 24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

En la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ de la vigencia 2022, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 710, de 2012, la 743 de 2013 modificada por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

No. INDICAD OR	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS DEL INDICADOR	DAT O	RESULTA DO 2022
24	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo		parte de la muestra representativa de menores de 10 años a quien se le aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del	28	93
		Numero de HCL auditadas de la muestra representativa d pacientes de CCD atendidos en la ESE en la vigencia	de la muestra	30	

Metodología de la evaluación

En observancia a las revisiones realizadas por el Comité de historias clínicas de la E.S.E se toma la base datos de usuarios inscritos y atendidos en el programa de crecimiento y desarrollo en la vigencia 2022 y se aplica la siguiente fórmula para selección de la muestra e instrumentos para la auditoria respectiva.

Ságina くく



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Plan de muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra que se debe analizar, se aplicó la formula del aplicativo de la Contraloría municipal de Neiva para cálculo de muestras de poblaciones finitas descrita a continuación:

$$n = \frac{P * Q * z^{2} * N}{N * E^{2} + z^{2} * P * Q}$$

De esta manera, de las 1.271 atenciones de consulta de medicina y enfermería en RIA de primera infancia e infancia en el 2022, se tomó el 97.5 % del nivel de confianza con su puntuación z de 1.96 y un margen de error del 10%, lo que arrojo una muestra representativa de 30 historias clínicas a evaluar:

Tamaño de la Población (N)	1.271		Tamaño de Muestra
Error Muestral (E)	10%	Fórmula	34
Proporción de Éxito (P)	90%		
		Muestra	
Proporción de Fracaso (Q)	10%	Optima	30
Valor para Confianza (Z) (1)	1,96		

Las historias clínicas a evaluar se toman de la población por muestreo simple aleatorio.

Instrumento de evaluación

Para la evaluación de adherencia el comité de historias clínica de la E.S.E aprobó el instrumento "Evaluación de Adherencia de la RIA de Primera Infancia e Infancia ", el cual contiene los criterios a evaluar, según lo descrito en la Guía de Práctica Clínica para la promoción del crecimiento y Detección Temprana y Enfoque Inicial de las alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, del Ministerio de Salud y Protección Social Guía 24 de 2014 y las directrices de obligatorio cumplimiento para la atención a primera infancia e infancia determinada en la Resolución N° 3280 de 2018, los cuales se describen a continuación:

EVALUACION			
NUMERO H.C.			
FECHA DE ATENCION			
PROFESIONAL EVALUADO			
DATOS GENERALES			

Carrera 3a No. 7 - 68 - Teléfono: 8319547 - 8319710 Fax: 8319569, código Postal No. 411080, Colombia - Huila Sitio en Internet: www.esecolombia.gov.co;



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

1	Registra Nombre, edad, tipo y número de documento.
2	Registra fecha de nacimiento
3	Registra nivel de escolaridad
4	Indaga y registra acompañante y su parentesco
5	Actualiza el número telefónico
	MOTIVO DE LA CONSULTA
6	Registra el motivo de consulta
	ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS):
7	Indaga por hábitos alimentarios (si es menor de un año, indaga por Lactancia Materna y alimentación complementaria)
8	Realiza revisión del estado vacunal
9	Realiza valoración de riesgos psicosociales
10	Indaga por red de apoyo familiar y/o social
11	Indaga sobre cumplimiento de recomendaciones hechas por médico o enfermera en el control anterior
	REVISION POR SISTEMAS
12	Registra revisión de todos los sistemas
	ANTECEDENTES FAMILIARES
13	Número y estado de hermanos vivos y muertos antes de 5 años
14	Patologías familiares
	ANTECEDENTES PERSONALES
15	Embarazo deseado
16	Patologías de embarazo, parto o puerperio
17	Edad gestacional al nacer
18	APGAR
19	Medidas antropométricas al nacer (peso y talla)
20	Patologías del recién nacido
21	TSH neonatal (si es primera vez)
22	Hemoclasificación (si es primera vez)
23	Serología de la madre (parto) (si es primera vez)
24	Alimentación: Lactancia materna exclusiva, mixta, complementaria
	EVALUACION DEL DESARROLLO
25	Motricidad gruesa
26	Motricidad fina adaptativa
27	Audición y lenguaje
28	Personal social

EXAMEN FISICO



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

56	Odontología-higiene oral			
	REMISIONES			
55	Se indica fecha del siguiente control y profesional con quien debe solicitarse.			
54	Importancia de completar esquemas de Vacunación			
53	Sobre respeto y promoción de los derechos de los niños			
52	Se promueve el autocuidado			
51	Se promueve el vínculo afectivo			
50	Se dan pautas en alimentación complementaria y/o balanceada			
49	Se fomentar Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.			
	RECOMENDACIONES			
48	Se registran Dx relacionados según los hallazgos			
DIAGNOSTICO				
47	Registra datos sobre signos de cualquier tipo de violencia			
46	Registra valoración neurológica y de la esfera mental			
45	Registra valoración del sistema musculo esquelético			
44	Registra valoración de genitales externos			
43	Registra palpación abdominal			
42	Registra auscultación cardiopulmonar			
41	Realiza tamizaje para agudeza auditiva			
40	Realiza tamizaje para agudeza visual			
39	Realiza examen de órganos de los sentidos			
38	Realiza análisis del crecimiento y estado nutricional acorde a los hallazgos			
37	Registra índice de masa corporal (IMC)			
35 36	Registra desviación estandar- ds para peso/edad Registra desviación estandar- ds para perímetro cefálico/edad			
34	Registra desviación estandar- ds para peso/talla			
33	Registra desviación estandar- ds para talla/edad			
32	Registra Talla			
31	Registra Peso			
30	Registra Perímetro cefálico (PC)			

> Puntuación

57 Vacunación

La puntuación que la E.S.E ha establecido para la evaluación es la siguiente:

Jamina 6



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

CALIFICHE	0	1	NA
CALIFIQUE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO APLICA

> Escala de calificación

Como escala de calificación la E.S.E ha establecido la siguiente:

DE 90% A 100%	OPTIMO
DE 79% A 89%	ACEPTABLE
MENOS 79%	DEFICIENTE

Con base en la anterior escala, se determina adherencia en la Guía de practica clínicas, todas las historias clínicas con calificación igual o mayor a 90%.

> Desarrollo del informe

Teniendo en cuenta el cálculo de la muestra, se audito la adherencia a la Guía de primera infancia e infancia a 30 historias clínicas de atenciones del 2022, cuyos resultados se presentan a continuación:

		FECHA DE	PORCENTAJE DE
ITEM	NUMERO H.C.	ATENCION	CUMPLIMIENTO
1	1075600995	01/10/2022	91
2	1075600540	01/10/2022	90
3	1084335361	13/10/2022	90
4	1075601312	06/10/2022	90
5	1075601342	01/10/2022	90
6	1075600684	20/10/2022	90
7	1080934728	13/10/2022	89
8	1075601318	06/10/2022	90
9	1075600935	06/10/2022	90
10	1075601325	06/10/2022	90
11	1075327248	17/11/2022	90
12	1075601141	05/11/2022	91
13	1075601336	05/11/2022	91
14	1075601277	25/11/2022	91
15	1075601089	03/11/2022	90
16	1075327248	17/11/2022	91
17	1075601048	19/11/2022	91
18	1075601334	04/11/2022	92
19	1075600862	02/11/2022	91
20	1075601352	16/11/2022	91

rágina 4



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

21	1075599863	22/12/2022	90
22	1075600215	10/12/2022	91
23	1075600338	22/12/2022	91
24	1077242202	15/12/2022	90
25	1077866842	09/12/2022	90
26	1075601155	25/11/2022	90
27	1029892292	18/11/2022	90
28	1075601338	18/11/2022	90
29	1077255855	03/11/2022	90
30	1077736532	26/11/2022	91

De lo anterior se encontró que 30 historias clínicas arrojaron resultados OPTIMOS con calificaciones de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de la RIA de infancia y primera infancia en los rangos de 90 a 100%, lo que corresponde al resultado final del 93.3% de adherencia, cumpliendo y superando la meta estándar del indicador que corresponde al 80%.

Conclusiones

- Se auditaron 30 historias clínicas de atenciones a pacientes de control de crecimiento y desarrollo según la RIA de infancia y primera infancia del 2022, de los cuales el 93% cumplieron con la adherencia a la Guía de Práctica Clínica, superando la meta (80%) del indicador N° 24 de la Resolución N° 408 de 2018, por lo cual se sugiere calificación "5".
- Es importante resaltar que durante la vigencia 2022, se desarrollaron diferentes capacitaciones al personal en salud con el fin de realizar socializaciones en las diferentes guías de manejo de los programas de promoción y mantenimiento de la salud en reforzamiento de la Resolución 3280 de 2018, lo anterior influyo en mejorar el registro en la historia clínica; de igual manera se realizó plan de mejora a los profesionales encargados de la atención con las desviaciones en las calificaciones.

No. 25. Reingreso al servicio de urgencias

En la E.S.E HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ de la vigencia 2022, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, la 743 de 2013 y modificadas por la resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

INDICADOD	EODMIII A	DEL	DATOC DEL INDICADOD	DATO	DECLUTAD
INDICADOR	FURMULA	DEL	DATOS DEL INDICADOR	DAIO	RESULTAD
				_	
	INDICADOR				O 2022
	INDICADOR				0 2022

página 44



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Reingresos	Número de consultas al	Número de consultas al		
por el	servicio de urgencias	servicio de urgencias por el		
servicio de	por el mismo DX y el	mismo DX y el mismo	5	
urgencias	mismo paciente mayor	paciente mayor de 24 y		
	de 24 y menor de 72	menor de 72 horas que hacen		
	horas que hacen parte	parte de la muestra		0.002
	de la muestra	representativa		
	representativa / Total	Total de consultas del		
	de consultas del	servicio de urgencias durante		
	servicio de urgencias	el periodo incluidas en la	1.738	
	durante el periodo	muestra representativa		
	incluidas en la muestra			
	representativa			

RESULTADO INDICADOR	0.002
CALIFICACION	5

El reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de setenta y dos horas fueron del 0.002 para el 2022, lo que indica que la atención prestada fue acorde a las necesidades de los usuarios, se ha realizado énfasis en la importancia de una buena clasificación, valoración y tratamiento al momento de valorar a los usuarios en el servicio de urgencias

• No. 26. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica

En la E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ de la vigencia 2022, de conformidad con lo establecido en el anexo 2 de la Resolución 408 del 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es el siguiente:

INDICADO R	FORMULA DEL INDICADOR	DATOS DEL INDICADOR	DATO	RESULTA DO 2022
Oportunida d promedio atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual se asigna la cita /	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual se asigna la cita	3578	0.8
	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución	4445	

RESULTADO INDICADOR	0.8
CALIFICACION	5

Página 45

INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

La consulta médica de primera vez mantuvo su oportunidad por debajo de los estándares máximos para la asignación de citas de acuerdo a la normatividad vigente, con un promedio de 0.8 días (debajo de 3 días contemplado en la normatividad vigente). Es de resaltar que la ESE siempre ha garantizado la prioridad a grupos preferenciales como menores de 5 años, gestantes, población en situación de discapacidad y personas de la tercera edad.

Con respecto a lo relacionado a laboratorio clínico, la oportunidad en la entrega de los resultados se mantuvo en el mismo día y los laboratorios que por nivel de complejidad mayor se deben remitir las muestras a otros laboratorios se disminuyó a 2 días, debido a la continua comunicación que se tiene con la EPS para tratar de garantizar una entrega en un tiempo menor.

Se establecieron los siguientes mecanismos de atención prioritaria:

- 1. Fila preferencia par adulto mayor y gestantes.
- 2. Prioridad de asignación de citas a pacientes que estén el programa de riesgo cardio-vascular, discapacidad y gestantes.

En relación a la oportunidad en la resolución de las quejas, la Institución responde dentro del tiempo determinado. Estas son tomadas como oportunidades de mejora para aumentar la habilidad de la empresa para resolver los reclamos de manera consistente, sistemática y responsable para satisfacción del reclamante y de la organización. Así mismo se identifican causas, ya que es precisamente en situaciones de incidencia o litigio donde más se pone a prueba el compromiso de la Institución con los usuarios. Para el año 2021 la mayor causa de quejas estuvo relacionada con la oportunidad de consulta médica general en consulta externa, mientras que en el 2022 la mayor insatisfacción estuvo relacionada con la calidad en la atención en el servicio de urgencia, para lo que se establecieron planes de mejora en busca de una mejor percepción del usuario frente al servicio.

Visto de esta manera, cada queja es una nueva oportunidad para que la ESE crezca en cuanto al mejoramiento de las características de los servicios.

La ESE cuenta con asociación de usuarios a la cual se capacita en portafolio de servicios, sistema de salud, comité de ética y funciones del área de SIAU. Con respecto a las capacitaciones que se realizan al cliente externo se programan temas relacionados con el sistema de salud, servicios que se prestan, uso adecuado y racional de los servicios, uso de buzones, pasos para instaurar quejas, sistema de

'ágina 46



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

clasificación de usuarios en urgencias TRIAGE, derechos y deberes de los usuarios, horarios de la ESE en los diferentes servicios.

INDICADOR	INDICE	META (VALOR MAXIMO)	ACUMULA DO 2021	ACUMULA DO 2022
PROMEDIO DIA ESTANCIA HOSPITALARIA	Número total días de permanencia- pacientes que egresan / Total pacientes que egresan-mes.	3 DIAS	2,07	1,6
PORCENTAJE OCUPACIONAL	Número de días camas ocupadas en el período/ total días camas disponibles en el período*100	40%	6%	6,1
GIRO CAMA	No de egresos/ No de camas disponibles en el periodo	5	0,05	0,04

Durante la vigencia en promedio la estancia hospitalaria fue de 1,6 días observando una disminución con respecto al año inmediatamente anterior estando dentro de los estándares, Mientras que el porcentaje ocupacional se mantuvo en 6,1% observando una subutilización del servicio. Se ha recalcado con el personal médico la importancia de tener adherencia a las guías de atención y en ese orden de ideas aplicar los tratamientos de forma adecuada tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, mejorando así los porcentajes de hospitalización y por ende disminuyendo los porcentajes de remisión por causas manejables en el Primer nivel de atención.

Es de aclarar que, a causa de la no disponibilidad de equipos médicos de mayor tecnología, personal médico especializado para la atención a los usuarios y la complejidad de las patologías, se ve la necesidad de remitir a IPS de más alta complejidad.

3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

En la ESE ANA SILVIA MALDONADO se realizaron las siguientes actividades en lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

3.1 Autoevaluación

página 4/



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

Autoevaluación de condiciones de habilitación de la ESE, con relación al cumplimiento de la normatividad vigente. Se aplicó en instrumento definido por la resolución 3100 de 2019 y se realizaron las observaciones pertinentes y las solicitudes de mejoramiento en las áreas que requerían atención especial. Se realizó renovación y cargue el portafolio de servicios de la ESE ante el Ministerio de Salud y Protección Social en el REPS

3.1.1 Procesos Prioritarios.

Con el fin de dar cumplimiento al PAMEC propuesto para la vigencia, y garantizar el desarrollo de las estrategias priorizadas, se desarrollaron actividades de acuerdo al plan de auditoria como:

- Rondas de seguridad, revisión de equipos, carro de paro, kit de emergencias obstétricas, revisión de ambulancias.
- De igual forma se realizó programación de aplicación de listas de chequeo como:
 - Normas de bioseguridad en todos los servicios
 - Recibo y entrega de turno personal médico y de enfermería
 - Administración de medicamentos
 - Verificación de los 10 correctos en la aplicación de medicamentos
 - Insumos para el lavado de manos
 - Protocolo de veno-punción
 - Lavado de manos
 - Ulceras por presión
 - Identificación del paciente
 - Prevención de caídas
 - Esterilización
- Se realizó evaluación de conocimientos personal de enfermería en temas como Protocolos aseo, desinfección, uso reuso, esterilización, Toma de muestras de laboratorio, Cateterismo vesical, Flebitis y venopunción, 10 correctos en la aplicación de medicamentos.
- Se desarrolló auditoria de historias clínicas con el fin de evaluar la calidad en el diligenciamiento y la adherencia a las guías de atención adoptadas por la ESE y de estricto cumplimiento, para los programas de Crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, hipertensión arterial y

7



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

diabetes, atención de parto, atención de urgencias y hospitalización y atención en consulta externa. Se revisaron también las remisiones con el fin de poder verificar la pertinencia de las mismas y retroalimentar al personal de acuerdo a los hallazgos.

3.2 Comités Institucionales

Durante la vigencia 2022 la ESE realizo los comités que actualmente están conformados con la periodicidad establecida, presentando los resultados y hallazgos encontrados y generando plan de mejora en los casos de encontrar desviaciones. A continuación, se relacionan los comités institucionales activos.

En el área de calidad se encuentran las actas y soportes que hacen parte del desarrollo de los mismos. Estos Comités son:

- ✓ Calidad y Seguridad del paciente
- ✓ Comité de tecnovigilancia
- ✓ Comité de farmacia
- ✓ Comité PAI
- ✓ Infecciones Intrahospitalarias
- ✓ Ética Hospitalaria
- ✓ Comité de referencia y contrareferencia
- ✓ Gestión Ambiental
- ✓ Vigilancia Epidemiológica
- ✓ Historias Clínicas

3.3 Plan de Capacitación.

Se desarrolló en Plan de Capacitaciones al 90% con la participación de todo el personal de la ESE. Se contó con el apoyo de la ARL para el desarrollo de algunos temas relacionados con la actividad laboral además de los priorizados como parte de los procesos asistenciales, así como con la Dirección Local de Salid. Se realizó la actividad de reinducción a la que asistió todo el personal y se tuvieron en cuenta todos los temas propuestos por las diferentes áreas y los exigidos por los entes de control como parte de cumplimiento de estrategias nacionales.

3.4 PAMEC

Se realizó la autoevaluación con base en estándares de acreditación con corte a 31 de diciembre de 2022, observándose un mejoramiento en el cumplimiento de los

agina 49



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

estándares con relación al año 2021, a pesar de las dificultades presentadas y limitaciones económicas, se logró alcanzar cumplimientos muy importantes que impactan de forma positiva la imagen de la ESE y que redunda en una mejor atención a los usuarios con condiciones más seguras. Si bien es cierto que la ESE tiene limitaciones de índole financiero, dificultades con el personal médico, condición muy difícil que perturba la gestión en el cumplimiento de sus metas y objetivos, se logra afortunadamente alcanzar el cumplimiento de los propósitos planteados; Esto redunda en la importancia de afianzar el seguimiento a las oportunidades de mejora a fin de poder impactar eficazmente el proceso de atención y alcanzar un mejor nivel de calidad en la atención.

Durante la vigencia se desarrollaron las siguientes actividades a fin de dar cumplimiento al plan de acción propuesto.

Cuadro 8: Metas de Cumplimiento de la Gestión Financiera y Administrativa.

	OBJETIVO 3						
	MEJORAR LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA						
	METAS						
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PROGRAMACION	CUMPLE	OBSERVACIONES			
	Asistencia Comité Referencias	6	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
	Asistencia Comité Calidad - Seguridad de Paciente	12	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
	Asistencia Comité de Infecciones Hospitalarias	4	100	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
ACERCAMIENTO	Asistencia Comité Ética Hospitalaria	6	100	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
DE LAS AREAS ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA	Asistencia Comité Historias Clínicas	12	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
	Comité de Gestión ambiental y Administrativo	4	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
	Comité de Farmacia	12	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			
	Comité Vigilancia Epidemiológica	12	100%	Se cumplieron a cabalidad todos los comités designados			

Página **5**C



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

3.4.1 Seguimiento a Indicadores.

Mensualmente se realiza el seguimiento a los indicadores de calidad de la ESE, así como también los exigidos por el MSPS, o por SNS y se realiza cargue y entrega a las entidades responsables de la vigilancia. Indicadores Resolución 256 de 2016, Resolución 1552 de 2013, Decreto 2193 de 2004, Resolución 1604 Circular 012 de 2016. Tablero indicador socializado en comité de calidad y seguridad de paciente.

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con fundamento en los resultados de la evaluación de gestión de los estándares de acreditación de la vigencia fiscal de 2022, siendo esta información un insumo básico con la cual la se formuló su programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de 2022, programa que fue proyectado como una matriz de control y ejecución de acciones de mejora con los cuales se pudiesen impactar los estándares de acreditación y que a su vez, permitan consolidar políticas institucionales de mejora continua en la búsqueda de la Acreditación Institucional.

Esta matriz ha permitido hacer vigilancia y seguimiento permanente de las acciones de mejora propuestas, así como de los responsables y los tiempos o plazos de cierre de las mismas. Controles y Verificaciones que son ejecutados de manera periódica por el Comité de Calidad de la ESE como máximo órgano de Dirección en el ámbito de la Calidad en la prestación de servicios de salud.

Bajo esta consideración y teniendo en cuenta el alto nivel de compromiso mostrado por los jefes de unidades funcionales y sus colaboradores, podemos evidenciar que durante la vigencia 2022 se logró obtener un resultado general del 90% en el cumplimiento de los mismos.

Se anexan el certificado emitido por la oficina de Calidad de la ESE sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continúo implementados con enfoque de acreditación y la tabla matriz de control de ejecución del plan de mejora de la vigencia 2022.

Cuadro 9: Resultados de ejecución del Plan Operativo de 2022:

¹ágina ⊅J



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

CONTROL SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DE INDICADORES RESOLUCION 408

			PERIODO	
ndicadores	Nº	INDICADOR	ESTANDAR	Año 2022
Gerencia	1	Mejoramiento Continuo de la Calidad (Ent No Acreditada)	Autoevaluacion ≥ 1,2	1,4 cumple
ā.	2	PAMEC.	90%	92% cumple
Ge		Ejecución del plan de Desarrollo Institucional	90%	90% cumple
era		Riesgo Fiscal o Financiero	Adopción del programa de saneamien to fiscal y financiero	Cumple La ESE Ana Silvia Maldonado no tiene al cierre de la Vigencia 2022 adoptado ningún PSFF
Ĕ	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	1.18 No Cumple
Gestión Administrativa y Financiera	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: -Compras conjuntas -Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado -Compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7	No Cumple Las Compras no se realizan por los mecanismos aquí descritos
Gestión Adn	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 Utilización de información de registro individual de	— Cero (0) o variación negativa	Variación de - 1.600.000
	8	prestaciones - RIPS	4	
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1	0.97
	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	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 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	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumple
cial	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	85%	53,4% no cumple
ten	13	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos	0 casos cumple
Gestión clínica Asistenc	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	90%	93% cumple
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	80%	93% cumple
tión	16	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03	0,02 cumple
Ges	17	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤3	0,8 cumple



INFORME DE GESTION Y PLAN DE GESTION

En materia de Inversión, en la vigencia fiscal de 2022, Esta se refleja únicamente en la adquisición de los insumos básicos necesarios para garantizar el normal funcionamiento de la Entidad.

Como conclusión, en este análisis, se evidencia que la Gerencia y su equipo de colaboradores, dio cumplimiento en gran parte a lo planteado como metas de desarrollo en el 2022, a pesar de los constantes altibajos que se presentan en el sector salud, ya que a pesar de estos, el objeto social de esta entidad es priorizar la prestación de los servicios en salud a la comunidad del Municipio de Colombia.

De esta forma, me permito dejar sustentado mi gestión durante la vigencia fiscal de 2022, de la ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez.

Colombia Huila, 30 de Marzo de 2023.

Original Firmado
JENIFER NOBLES LABARRERA
Gerente

rágina 53