



Evaluación Plan Acción - 2019

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia



E.S.E
Hospital
San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia
"Su Hospital Amigo"

Consolidado año

Las metas definidas para el Plan de Desarrollo 2016-2020, desarrolladas desde los proyectos que hacen parte de las cuatro líneas estratégicas que lo conforman. Sus actividades y sus acciones, para el año 2019, van en un cumplimiento del 82.53%. (Corte a la última semana del enero, pendiente indicadores que reporta Ministerio de Salud que inciden en el cumplimiento, el cierre financiero que deja pendiente ajustar la eficiencia según ejecución final y la validación de adherencias para el registro total acumulado).

Las líneas estratégicas, cada una tiene asignado un peso porcentual, que sumados dan el 100%: distribución efectuada según contribución al cumplimiento de la misión y visión institucional, en razón a esto se tiene:

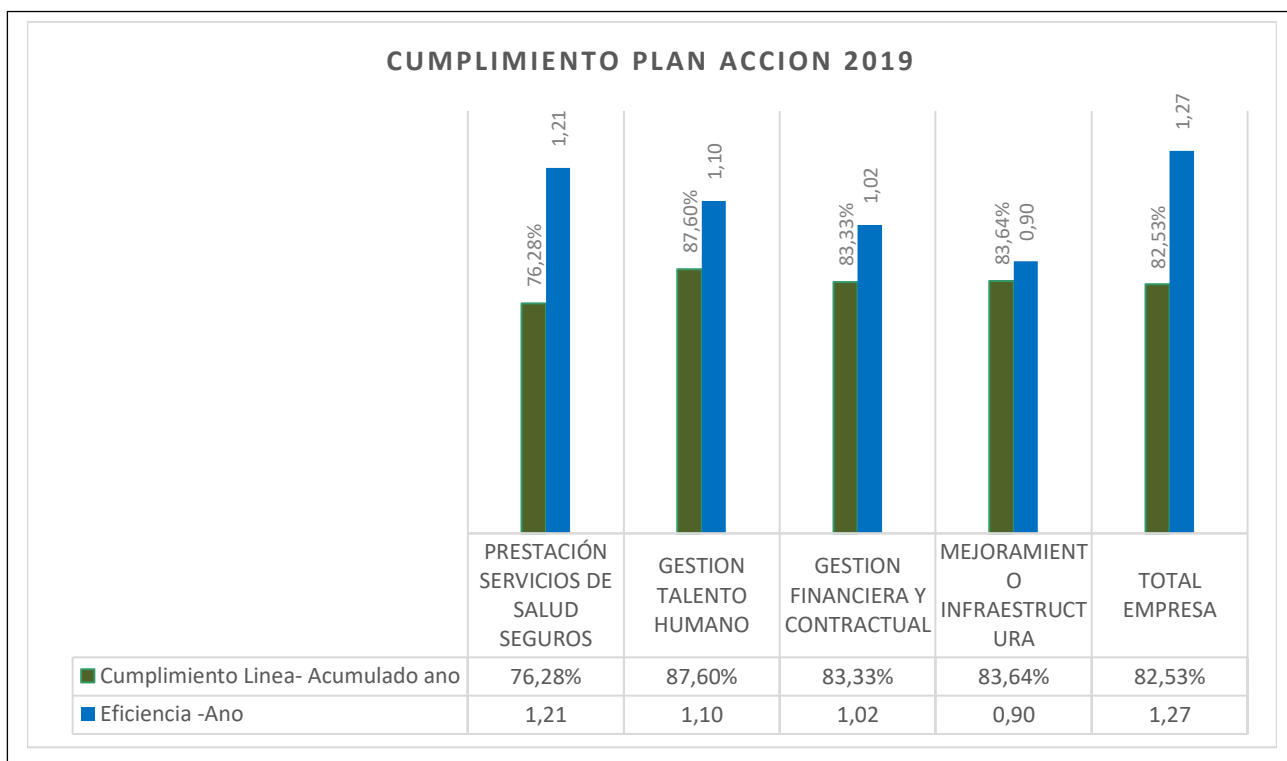
LÍNEA ESTRATÉGICA.

LINEAS ESTRATEGICAS	Ponderación	PROYECTOS	Ponderación
1. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SEGUROS.	30%	1. Prestación de Servicios de Salud para el mantenimiento y recuperación integral de la Salud.	20%
		2. Prácticas de atención seguras bajo estándares de calidad y humanización del servicio.	10%
2.GESTION DEL TALENTO HUMANO	25%	1. Gestión del bienestar de los trabajadores.	13%
		2. Fortalecimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la E.S.E.	12%
3.GESTIÓN FINANCIERA Y CONTRACTUAL	25%	1. Manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la rentabilidad social.	24%
		2. Costos: parte esencial en la búsqueda de la competitividad.	1%
4.MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA	20%	1. Plan de reordenamiento físico del Hospital.	5%
		2. Programa de renovación tecnológica que permita mantener una mejor prestación de servicios de salud.	5%
		3. Sistema de Información (comunicaciones, Relaciones empresa comunidad, mercadeo, archivo y tics).	10%
TOTAL	100%		100%

La evaluación se realiza por metas acumuladas y cumplidas al transcurrir del año, considerando para el porcentaje final de cumplimiento las que se han desarrollado en el 100%, acogiendo lineamiento que está estructurado desde la evaluación del plan de gestión del gerente según las normas que lo reglamentan.

La eficiencia financiera retoma el cumplimiento físico y el cumplimiento financiero, se ha definido un adecuado uso de los recursos en el rango de la relación 0.85 a 1.25. Cuando se supera o no se llega al mínimo se realizó revisión para desde el análisis proponer los ajustes necesarios y acordes a la planeación y dinámica de esta.

Corte al mes de enero refleja una eficiencia en los recursos de 1.27, la cual una vez se efectuó el cierre financiero que se tiene en proceso, se debe ajustar.



Para cumplimiento de los procesos, es el área asistencial la que mayores recursos exige a fin de dar respuesta a la demanda de servicios de segundo nivel. Es así como la Línea 1 incluye la contratación con los grupos de las especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Oftalmología, Otorrino, Ortopedia, y algunas complementarias como Nutrición, Terapia Respiratoria y el conjunto de ayudas diagnosticas como interdependencias imprescindibles y necesarias a la atención.

Según presupuesto y ejecución de recursos a la fecha de corte se resume por línea para el año:

Valor Pesos	Programado	Ejecutado	% Eficiencia Financiera
Línea 1	19.044.544.758,62	11.995.912.901,89	62,99%
Línea 2	56.583.850,99	44.974.997,7539	79,48%
Línea 3	1.484.057.573,69	1.209.965.663,77	81,53%
Línea 4	541.477.046,33	502.595.306,39	92,82%
Total	21.126.663.229,63	13.753.448.869,79	65,10%

A continuación, se hace descripción del cumplimiento para cada línea, resaltando logros y mejoras a retomar frente a resultados, descripción del no cumplimiento de algunas metas y los eventos relacionados.

LÍNEA: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SEGUROS.

NOMBRE DEL PROYECTO: P0101 - 2019- Prestación de Servicios de Salud para el mantenimiento y recuperación integral de la Salud.

ACCIÓN: PA 01 01 01 - 2019. Ofertar servicios de salud respondiendo a la demanda, bajo estándares de oportunidad exigidos por la normatividad

Meta: Atender la demanda de servicios de salud de mediana y baja complejidad de la población objeto de la ESE según la contratación con las ERP, dentro de los estándares de oportunidad y seguridad de la atención materna.

ACCION: PA 01 01 02 - 2019. Gestionar el riesgo a través de la Implementación de Guías de Atención Priorizadas

Meta: Riesgo en la atención en salud con seguimiento basado en la medición de la adherencia a guías de atención, y procedimientos, adoptadas y/o estandarizados por la ESE para la atención en los diferentes servicios

NOMBRE DEL PROYECTO: P0102 - 2019- Prácticas de atención seguras bajo estándares de calidad y humanización del servicio.

ACCION: PA 01.02.01 -2019 Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.

Meta: Implementar del SOGC: Habilitación, PAMEC, SUA como elementos básicos de la Política de Calidad y mejora continua para la prestación de los servicios que oferta la ESE

c				
Prestación de Servicios de Salud para el mantenimiento y recuperación integral de la Salud.				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	< ó = 3	2,48	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontológica general	< ó = 3	1,96	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Pediátrica	< o = 5 días	3,42	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Ginecología	< o = 15 días	4,87	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Obstetricia	< o = 8 días	5,17	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna.	< o = 15 días	3,11	X	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía	< o = 10 días	5,35	X	
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II: Minutos	30	28,66	X	
Proporción de gestantes con consulta de CPN de primera vez antes de la semana 12 de gestación.	= O >75%	60,85%		X

Prestación de Servicios de Salud para el mantenimiento y recuperación integral de la Salud.				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Proporción de partos por cesárea.	< o = 37%	35,60%	X	
Mortalidad perinatal – Casos del periodo con Unidad de Análisis. (Embarazos > o = a 7 meses).	100%	100%	X	
Porcentaje Ocupacional	= o < 80%	72,32%		X

Gestionar el riesgo a través de la implementación de Guías de Atención priorizadas.				
Indicador	2019	Cumplimiento	SI	NO
Proporción de adherencia a las guías de Control prenatal – Semestral (*)	> O = 85%	96%	X	
Proporción de adherencia a guías de Riesgo Cardio Vascular –Semestral(*)	> O = 85%	0,0%		X
Proporción de adherencia a guías de Salud Oral –Semestral.	> O = 90%	100,0%	X	
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto Agudo de Miocardio (IAM)	> O = 90%	98,31%	X	
Oportunidad en la realización de Apendicetomía en un tiempo igual o menor a 6 horas	> O = 90%	96,44%	X	
Proporción de adherencia a guía de hemorragia del III trimestre en las gestantes	> O = 80%	100%	X	
Proporción de adherencia a guía de manejo de trastornos hipertensivos asociados al embarazo y postparto	> O = 80%	88,2%	X	
Proporción de adherencia a guía de atención del parto (primera causa de egreso)	> O = 80%	68,42%		X
Razón de morbilidad materna extrema- (Casos de MME/Nacidos vivos del periodo) . Datos ESE	< 8 x 1000 NV	0,025 x 1000 NV	X	
Proporción de adherencia a guía de atención del recién nacido. Semestral	>80%	88,46%	X	
Proporción de Adherencia al guía de manejo de la Infección Respiratoria Aguda en el menor de 5 años. Historias auditadas el 80% deben cumplir la Guía en el 100%.	>80%	69.52%		X
Número de pacientes menor de 5 años con neumonía bronco aspirativa de origen intrahospitalario y su variación interanual.	0	0	X	

Gestionar el riesgo a través de la implementación de Guías de Atención priorizadas.				
Indicador	2019	Cumplimiento	SI	NO
Incidencia de Sífilis Congénita en maternas con control prenatal Institucional.	0	1		X
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados antes de 15 días Indicador por 1000 egresos vivos	< 8 *1000 egresos	2,09	X	
Proporción de reingresos de pacientes a urgencias en menos de 72 horas (por igual causa de egreso)	8*1000	3,60	X	
Análisis de la mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas.	> 90%	100%	X	
Apoyo interinstitucional a la dinámica del servicio UCI Neonatal Procaren-ESE HSV de P de Caldas. Informes seguimiento Trimestral	4	0		X

Prácticas de atención seguras bajo estándares de calidad y humanización del servicio				
Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Proporción de adherencia a las 10 guías que hacen parte de la resolución 341 de2018. (Adopción de guías). Evaluación semestral- Incluye. Adopción y evaluación de la implementación de Guías atención a la población infantil Cáncer Leucemia, desde la competencia de la ESE. P y P	90%	0		X
Adopción y evaluación de la implementación de Guías atención a la población infantil Cáncer Leucemia, desde la competencia de la ESE. P y P	70%	0		X
Proporción de satisfacción global	>85%	86,39%	X	
Vigilancia de infecciones de sitio operatorio de interés en salud pública. (actas comité infecciones, reporte mensual de casos)	100%	100%	X	
# de pacientes con infección intrahospitalaria general/# de pacientes hospitalizados general o # total de egresos.	<2%	0,84%	X	
Informe Interventoría a la calidad de la historia clínica general, especializada, y profesiones de apoyo. Uno por semestre	2	1		X

Prácticas de atención seguras bajo estándares de calidad y humanización del servicio				
Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Proporción de cumplimiento de diligenciamiento de registros clínico asistenciales	80%	74%		X
Seguimiento- Indicadores del Sistema de Información para la Calidad SIC Resolución 0256 de 2016. Para Instituciones de II nivel. Reporte- Ministerio de Salud y Protección Social Semestral.	2	2,00	X	
Porcentaje de cumplimiento de planes de mejora. PAMEC 2019	> 90%	80,20%		X
Porcentaje de cumplimiento de los Estándares de habilitación con base a informe de la SSSA	100%	100%	X	
Informe documentado habilitación- Seguimiento a incumplimientos según la SSSA	1	1	X	
Seguimiento a los POA de Comité Seguridad-IASS- COFYTE, reportes por semestre	6	6	X	
Actualizar la matriz de riesgos asistenciales por servicio al primer semestre – Seguimiento semestral. C Externa. Salud Oral. Vacunación. Laboratorio-Imágenes Dx. Hospitalización. Cirugía. Partos. Esterilización, Endoscopia, Urgencias, Servicio Farmacéutico Transporte Asistencial. Referencia. (Documento matriz de riesgos)	14	6		X
Autoevaluación Vigencia 2018 realizada	1	1	X	
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. con avance frente al 2018	1,1	1	X	
Realizar los reportes de aplicación del PAMEC a las instancias pertinentes. Información entregada	2	2	x	
Reporte antes del 28 de febrero de cada año a la Super Salud Resultados de PAMEC Según Circular 012 de 2016	1	1	x	

Prácticas de atención seguras bajo estándares de calidad y humanización del servicio				
Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Difusión del PAMEC desde las tecnologías de la información	1	1	x	
Proporción de cumplimiento de actividades del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad PAMEC	100%	100%	X	
Reapertura de los servicios de cirugía y partos con la hospitalización respectiva bajo requerimientos de grupo verificadores de la SSSA	2	2	X	
Reapertura del servicio de endoscopias bajo requerimientos de grupo verificadores de la SSSA	1	1	X	
Actualización de REPS según servicios habilitados y reapertura gradual	2	2	X	
Recepción y monitoreo a planes de mejora desde auditorías externas	5	5	X	

LINEA 1	76.28%
----------------	---------------

Logros/Oportunidades de mejora																															
<p>Mantener la oferta para la consulta externa general, especializada en rangos mejores que el estándar de oportunidad definido en el sistema de salud y las políticas de calidad. (Días).</p> <p>La atención en consulta externa confirma a la ESE como referente del segundo nivel de atención de población del municipio de Calda, del Suroeste antioqueño, y de otras zonas del departamento que se ubican en el Área Metropolitana, Norte y Occidente.</p> <p>Se atiende durante las brigadas de salud, población migrante que se ingresa a programas de Promoción y Prevención.</p> <p>El triage, se mantiene en su implementación con el equipo de Enfermeras Profesionales, ampliando oferta del médico para resolver triage II, reconocido como fortaleza en el proceso de ingreso del paciente desde el servicio de urgencias. La E.S.E realizó, clasificación a 50.366 personas en el triage:</p>																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>388</td> <td>5.284</td> <td>22.191</td> <td>7.718</td> <td>14.785</td> <td>50.366</td> </tr> <tr> <td>0,77%</td> <td>10,49%</td> <td>44,06%</td> <td>15,32%</td> <td>29,36%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Total Triages 1 -2 -3</td> <td colspan="2">Total Triages 4- 5</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">55,32%</td> <td colspan="2">44,68%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	Total	388	5.284	22.191	7.718	14.785	50.366	0,77%	10,49%	44,06%	15,32%	29,36%	100%	Total Triages 1 -2 -3			Total Triages 4- 5			55,32%			44,68%			
1	2	3	4	5	Total																										
388	5.284	22.191	7.718	14.785	50.366																										
0,77%	10,49%	44,06%	15,32%	29,36%	100%																										
Total Triages 1 -2 -3			Total Triages 4- 5																												
55,32%			44,68%																												
<p>La oportunidad en la atención urgencias se mide desde el triage 2, estándar definido para 30 minutos. indicador en el cual La E.S.E, mostro un promedio de 28.66 minutos. Con mejora frente al año anterior que se superaban los 30 minutos</p>																															

La estrategia de maternidad segura desde la captación temprana de la gestante antes de la semana 12, y la atención prevalente del parto por vía vaginal vs la Cesárea.

No lograron estar dentro del referente programado, el primero se logra estar en el 65.85%, diferencia amplia con la meta que estableció el ministerio de captación del 85%. Hay incidencia en las gestantes migrantes de nacionalidad venezolana que llegan al programa con más de las 12 semanas que superan el periodo establecido para ingreso temprano.

La relación Cesárea vs Parto llego a 35.6%, mejorando la meta que se había propuesto para el 2019 que era lograr un 37%. Este indicador se focaliza principalmente hacia las maternas que hacen el control prenatal en la ESE. Se hace necesario seguir en la disminución de cesáreas frente a los partos como lo sugiere la OMS. Es pertinente anotar que siendo el ESE referente de atención materna de mediana complejidad muchas de las pacientes remitidas a la especialidad de obstetricia para atención del parto derivan en Cesárea.

La ocupación hospitalaria estuvo en el 72.32% promedio año, lejos de la meta del 85%, factores muy relacionados con la contratación, siendo común para las EPS derivar el paciente hacia otros puntos de red, no teniendo en cuenta la capacidad resolutive de la oferta disponible en el hospital y la no consideración de la residencia del paciente en el municipio, entre otros motivos.

Atención de la gestante con problemas de hipertensión, los periodos medidos dan un resultado del 86%, dentro del estándar esperado. La adherencia a la guía para la atención del parto, para el año evaluado al se tuvo en 68.42% por debajo el estándar. Para Hemorragias III trimestre la adherencia fue del 100%, durante los tres periodos que tuvo registro de casos, para el octubre a diciembre no se registraron eventos que cumplieran las características de ser tomados como muestra según códigos CIE X. Esta atención dentro de la guía asegura la atención brindada para evitar ocurrencia de muertes maternas e incidiendo positivamente en la meta fijada desde la OMS frente a la disminución de dichas muertes, las mismas que para una sociedad indica parámetros de la calidad de la atención en salud y de desarrollo. Datos de estas adherencias por validar con la medición del cuarto trimestre en proceso.

En atención al paciente con Infarto Agudo de Miocardio, se mantiene en rango del 98.68%, mejor con respecto a la meta, que se ha fijado en manejo del paciente con diagnóstico de infarto mayor al 90%. Para la adherencia a guía de bronconeumonía se da una disminución para este semestre segundo del año, llevando a un resultado total de 69.52%.

Oportunidad de la realización de apendicetomías, se realizan 280 apendicetomías y de estas 270 en el tiempo menor a 6 horas que la norma y la guía basada en la evidencia han establecido como tiempo que minimiza riesgo de complicación para el paciente. Indicador que está en 96.43%, se resalta que fue superior al del año 2018 cuando estuvo por debajo del estándar en 84.62%

Razón de morbilidad materna extrema- (Casos de MME/1000 Nacidos vivos del periodo, se presentaron 22 casos para 938 NV, representa 0.025 casos x 1000 NV. Meta que para el 2019 está en los rangos de estimados. Se realiza para cada caso la ficha que por norma se debe diligenciar y se exponen los casos en el COVE institucional.

Se mantiene la Oportunidad en el servicio de laboratorio, para entrega de resultados de hospitalización 40.40 minutos y urgencias 40.95 minutos.

Entrega de hemo-componentes se requirieron 640 y 575 se entregan en menos de 1 hora, rango de oportunidad estándar para la respuesta. Se tiene que el 89,84% fueron en el rango de oportunidad.

Servicio de imágenes diagnosticas que ha tenido altibajos en la oportunidad para asignación de citas, especialmente a personas que requieren el servicio desde otros municipios, se han realizado mejora en la oferta llevando a: Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía - Hospitalaria -Prediagnóstico

Horas en 2.13 horas. Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía - Ambulatoria -Prediagnóstico -Días en 5.82 días, superando el estándar. Tiempo promedio de espera para la toma Rayos X -Días. Ambulatorio es de 1.7

El Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad mantienen para la ESE la identificación de puntos a reforzar como es el caso de la mejora del diligenciamiento de la historia clínica en cuanto a descripción de la anamnesis, las notas de enfermería.

Se realizo la intervención de los hallazgos dejador por Habilitación en el año 2018, cumpliendo los requerimientos en un 99.8%. Pendiente terminar reubicación de áreas, concluidas las adecuaciones de los espacios.

El proceso registrado en fechas se anexa:

Para el año 2018, noviembre 22. Durante visita de verificación de habilitación por la SSSA, en noviembre se realiza en la Sede Hospital clausura temporal de los servicios: 703- Endoscopia Digestiva – Obstetricia – Sala de Partos y Todo el servicio quirúrgico.

En la Sede Barrios unidos: Cierre temporal de: 724-Toma e interpretación de radiografías odontológicas.

Para el 2019 enero 09, se hace levantamiento de la medida de clausura temporal para: Obstetricia – Sala de Partos y Todo el servicio quirúrgico.

Para el 11 de febrero se realiza levantamiento de medida para: 724-Toma e interpretación de radiografías odontológicas.

Para el 06 de mayo, se realiza levantamiento de a la medida de clausura temporal para el servicio: 703 Endoscopia Digestiva

PAMEC, Una vez realizado el primer ciclo de auditorías; medición inicial del desempeño de los procesos, se priorizaron 131 oportunidades de mejora consignadas en los respectivos planes de mejoramiento, desarrollando al 100% de estas 105 acciones para un cumplimiento del 80.2%.

Los comités del proceso misional bajo la coordinación del Subdirección Científica lograron un cumplimiento promedio general del 79.6%. En la individualidad de los comités, los logros de IAAS-Seguridad del paciente 70.8%. COFYTE 88,5%, siendo necesario mejorar en el desarrollo de los protocolos y su seguimiento desde las adherencias, impactando en mejora de lavado de manos, en el riesgo de caídas.



Fuente: Coordinación Planeación y Calidad, Evaluación año 2019. (Pa 2019 LINEA 1 Prestacion Servicios Salud Seguros .xls).

1. LÍNEA: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

NOMBRE DEL PROYECTO: P 02 01. 2019 GESTIÓN DEL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES

ACCIÓN: Construir la base estructural, para el empoderamiento del recurso humano a los lineamientos estratégicos de la ESE, partiendo del procedimiento de ingreso desde las etapas de reclutamiento y selección.

Meta: Tener estandarizado el procedimiento de ingreso como garante de la selección de personal idóneo y competente

ACCIÓN: Fortalecer la Permanencia del recurso humano desde la cultura organizacional, el refuerzo de las habilidades, aptitudes y adherencia a procedimientos.

Meta: Tener la Cultura Organizacional y mejoramiento de habilidades y destrezas para los funcionarios que laboran en la Institución como estrategia para la permanencia.

ACCIÓN: El Retiro del recurso humano de su entorno laboral apropiarlo como proceso de cambio y transición.

Meta: Tener el procedimiento de retiro del personal normalizado como lineamiento en la Gestión del Recurso Humano de la ESE.

NOMBRE DEL PROYECTO P 02 02. 2019. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LA E.S.E.

ACCIÓN: Reforzar la implementación del SGSST para fomento de la seguridad y salud integral de los empleados en el entorno laboral.

Meta: Implementar el SGSST.

ACCION: Fortalecer el programa para la intervención de la accidentabilidad.

Meta: Desarrollar el programa para la intervención de la Accidentabilidad.

ACCION: Implementar el programa para prevención y control de la enfermedad laboral y el ausentismo.

Meta: Monitoreo e intervención de riesgos que afectan la enfermedad y el Ausentismo laboral

GESTION DEL TALENTO HUMANO				
Gestión del bienestar de los trabajadores de la E.S.E.				
Indicador	Meta 2019	Cumplido	SI	NO
Garantizar el derecho del funcionario a la remuneración que le procure bienestar y existencia digna. Registro Nomina correcto y oportuno	12	12	X	
Documentación del procedimiento reporte, gestión y seguimiento de incapacidades. actualizada	12	12	X	
Incapacidades cobradas y gestionadas de forma oportuna.	1	1	X	
Plan Anual de Vacantes documentado y en gestor documental	1	1	X	
Plan anual de vacantes ejecutado de acuerdo a lo establecido sobre el 90%, reporte semestral	1	1	X	
Plan Anual provisión de Recurso Humano documentado y en gestor documental	90%	100%	X	
Registro documental del seguimiento a la provisión del recurso humano semestral	1	1	X	

GESTION DEL TALENTO HUMANO				
Gestión del bienestar de los trabajadores de la E.S.E.				
Indicador	Meta 2019	Cumplido	SI	NO
Plan Estratégico de Talento Humano Documentado y en gestor documental.	1	1	X	
cumplimiento del plan estratégico del talento humano sobre el 90%	1	1	X	
Evaluar la Adherencia al proceso de gestión del talento humano en desarrollo desde vinculación permanencia y retiro	>90%	100%	X	
Documento que establece los requisitos y el seguimiento al cumplimiento de requisitos de las hojas de vida del personal, creado y aprobado y Publicado. En primer y segundo trimestre	2	2	X	
Evaluar la adherencia a los requisitos exigidos por perfil incluidos en las hojas de vida.	2	1		X
Informe de cumplimiento de la Adherencia de los Proveedores del R Humano en cumplimiento de requisitos de las hojas de vida del personal según perfil del cargo	2	1		X
Informe de Cumplimiento pagos seguridad Social y Parafiscales realizados por terceros y/o contratistas.	12	12	X	
Acto administrativo de aprobación del plan de capacitación.	1	1	X	
Socialización y monitoreo del plan de capacitaciones	1	1	X	
100% de talento humano de carrera administrativa y planta temporal que ingresa con inducción	100%	100%	X	
100% de talento humano tercerizado con inducción	100%	82%		X
Talento humano nuevo con entrenamiento en el puesto de trabajo.	1	1	X	
Recurso humano de corporación con entrenamiento en el puesto de trabajo.	1	1	X	
Cumplimiento de la programación del plan de capacitación en un 90% como mínimo - Evaluación semestral	90%	86%		X
Evaluación de la satisfacción del plan de capacitación al mes de noviembre, (Esperada del 85%). No se realizo por ello el 0	1	0		X

GESTION DEL TALENTO HUMANO				
Gestión del bienestar de los trabajadores de la E.S.E.				
Indicador	Meta 2019	Cumplido	SI	NO
Reinducción al 95% de los funcionarios - Proceso Mejora Continua Pamec	> o = 95%	100%	X	
Acto administrativo de aprobación del plan Incentivos	1	1	X	
plan de incentivos institucionales ejecutado en un 95% y evaluado. Cortes semestrales	95%	95%	X	
Personal de Carrera administrativa Evaluado	100%	100%	X	
Funcionarios de planta temporal con Seguimiento laboral cada semestre-(Periodo Enero a junio y julio a diciembre)	100%	50%		X
Informe consolidado por semestre del seguimiento laboral del proveedor de recurso humano.	1	0		X
Informe consolidado por semestre de la evaluación al personal de carrera y del seguimiento laboral al personal de planta temporal. No se realizó por ello el 0	1	0		X
Plan de mejora respecto a evaluación y seguimiento de la planta temporal y carrera estructurado y ejecutado.	1	1	X	
Reporte de retiro del funcionarios-	2	2	X	
Estructurar programa de Cultura Organizacional desde la fundamentación del código de ética e integridad y lineamientos estratégicos	1	1	X	
monitorear cumplimiento de lo establecido en el programa de cultura organizacional. Desde difusión de valores y empoderamiento de lineamientos estratégicos	12	6	X	
Socializar el Código de Integridad -Ética y Buen Gobierno a los diferentes funcionarios de la E.S.E.	> o = 90%	90%	X	
Adherencia al código de ética, medición al mes de Noviembre. No se realizo por ello el 0	80%	0		X
Planes del área de talento humano vigencia 2020 diseñados.	5	5	X	
aplicar instrumento para el diagnóstico de necesidades del talento humano respecto a bienestar laboral y capacitación.	1	1	X	
Aplicar estudio de riesgos psicosociales.	1	1	X	
Levantar los riesgos del proceso de gestión del talento humano	1	1	X	

Reforzar la Implementación del SGST para fomento de la seguridad y salud integral de los empleados en el entorno laboral.				
Indicador	Meta 2019	Cumplido	SI	NO
Revisar y actualizar la política de SST en compañía del COPASST, fechada y firmada por representante legal	1	1	X	
Riesgo intervenido/Riesgo definido	100%	100%	X	
Cobertura del programa de vigilancia epidemiológica al personal asistencial y administrativo (Vacunación, exámenes, dosimetrías)	90%	80%	x	
Realizar al 100 % de la población trabajadora los respectivos exámenes ocupacionales (ingreso, periódicos y retiro)	100%	100%	X	
Actualizar la identificación de peligros y riesgos	100%	100%	X	
Actualizar la matriz legal del SGSST	1	1	X	
Revisión y actualización del Manual del SG-SST	1	1	X	
Informe gerencial de la Resolución 1111. Estándares mínimos del SGSST corte 2018	> o = 75%	76%	X	
En articulación con la ARL realizar la evaluación inicial conforme a los estándares mínimos. Res 1111	1	1	X	
Plan de mejora con base a la autoevaluación y diseño del plan anual del SGSST para el 2020	1	1	X	
Cobertura de la capacitación a miembros del comité de Convivencia laboral y del COPASST	100%	100%	X	
Plan de inspecciones de seguridad documentado y aprobado	1	1	X	
Cumplimiento del plan de inspecciones de seguridad	1	1	X	
% de accidentes de trabajo reportados FURAT	100%	100%	X	
Reporte de resultado de investigación e intervención de los accidentes de trabajo	100%	100%	X	
Caracterización y análisis del ausentismo, por semestre	2	1	X	
Indicador de días de ausentismo reportado por tipo de causa	12	6	X	
Línea 2	87.6%			

Logros/Acciones de mejora

Se estructura el Plan de capacitación y Bienestar Social desde la interacción de grupos con matriz de seguimiento periódica y definición de acciones de mejora para quienes no cumplieron las metas de asistencia o logro de conocimiento mínimo del 85%. Destacar el grupo de enfermería con el mayor cumplimiento.

Es importante estructurar estrategia con el grupo médicos para mejorar la participación, así mismo para todo el personal la validación de asistencias cuando la capacitación se realiza a nivel externo. Importante en la consolidación de horas e inversión que representa dicho tiempo y curso o tema desarrollado.

Se creo instructivo para el cobro de incapacidades, adicionalmente se realizó informe al 30 de septiembre del estado de dichas novedades, a la fecha todas las incapacidades han sido pagas o se encuentran radicadas. Se cumple plan de mejora dejado por la Contraloría a fin de fortalecer la gestión de las novedades.

En la ESE dando cumplimiento al decreto 1273 no se realizan pagos a contratistas o terceros que no estén al día con seguridad social y parafiscales.

Para la permanencia del recurso humano: La inducción y el entrenamiento en el puesto de trabajo, fue otra de las acciones que exigen mejora especialmente desde el grupo de personas que se proveen por corporación.

Se realizo la actualización del Código de Integridad, Ética y buen gobierno incluyendo todo lo referente a los valores del servidor público establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública en MIPG. Acompañado del manual de imagen y comportamiento, la actualización del Acuerdo 487 de 2019 Reglamento de trabajo. Los manuales de funciones de la planta permanente y temporal. Todos con los debidos actos administrativos que los refrendan.

Desde plan estratégico de talento humano y provisión del recurso humano se adelantó estudio de cargas de trabajo que es elemento base para la prórroga de planta temporal que la ESE creo desde el año 2014, esta ha surtido prorrogas cumpliendo la actualización del estudio técnico presentado a Junta Directiva y validado desde la SSSA como lo dispone la norma.

Se realiza la evaluación de desempeño al personal, estableciendo además objetivos para monitoreo en el periodo 2019-2020, según la pertinencia. Fortalecer la definición de planes de mejora para articular con los objetivos. Se adopto la nueva norma y mecanismo para evaluar al personal a través de la plataforma EDEL, la misma que se socializa con los responsables del procedimiento.

La línea en este componente tiene al corte un cumplimiento del 87.9%

Fortalecimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Divulgación y publicación de la política institucional que fundamenta el SGSST. Política sobre consumo de alcohol, drogas y psicoactivos, para lo cual se ha realizado pruebas tamiz de medición a funcionarios según selección aleatoria, obteniendo siempre resultados negativos.

Divulgación de reglamento de higiene y seguridad en el trabajo, previamente actualizado, y su permanencia visible en las sedes de la E.S.E. La realización del perfil biopsicosocial. Refuerzo sobre uso de elementos de protección personal, riesgo biológico.

De acuerdo a la matriz de identificación de peligros, valoración y evaluación de riesgos se tienen establecidos los riesgos prioritarios y se realiza capacitación y socialización sobre las medidas de intervención

Se realizo la titulación para HB al personal que habia iniciado el esquema de vacunacion. Igualmente se hizo los exámenes de laboratorio al personal expuesto a radiacion ionizante y se lleva registro trimestral de reporte de dosimetria.

Los exámenes de ingreso, egreso y periodicos se realizan de acuerdo al profesiograma de la ESE.

En el mes de noviembre se realizó la autoevaluación de los estándares mínimos bajo la resolución 0312 de 2019 por parte de la asesora de la arl sura. Para diciembre se envía a la arl sura plan de mejora conforme al artículo 28 de la resolución 0312 de 2019 para su revisión y ajustes pertinentes.

En el mes de agosto se llevó a cabo capacitación sobre resolución 2404 de 2019 dirigida solo a los integrantes del Comité de Convivencia Laboral, igualmente en agosto se realizó capacitación sobre "acoso laboral" dirigida a los coordinadores de procesos, ambas capacitaciones realizadas por psicólogo especialista en SST. Para junio se realizó capacitación sobre planificación de la auditoría al SG-SST.

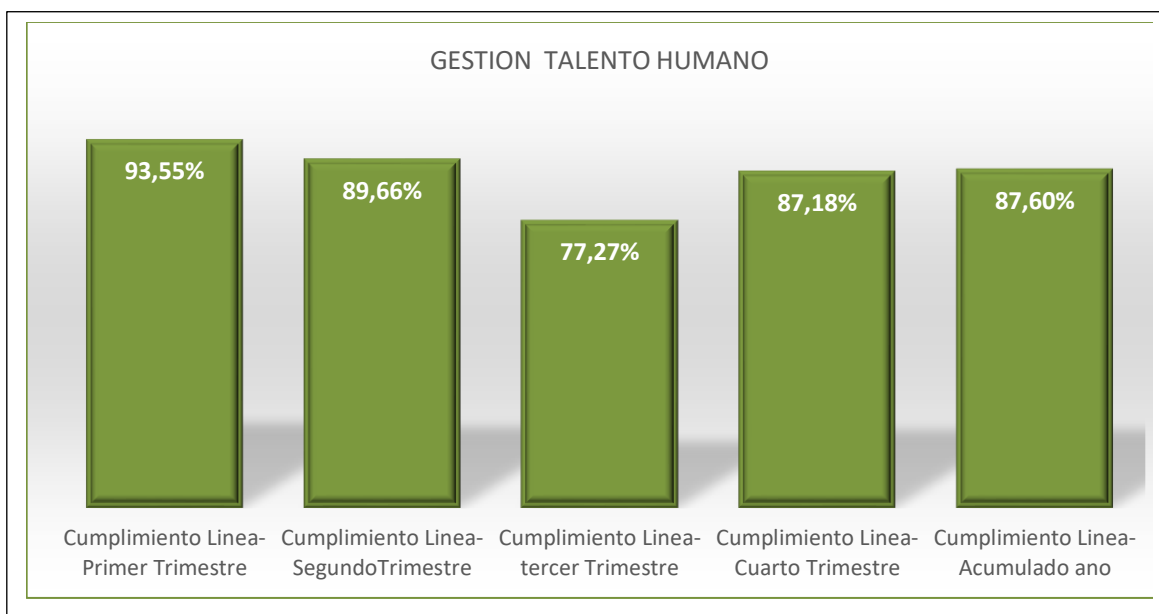
De acuerdo al cronograma se realizaron las inspecciones de bioseguridad, uso EPP y equipos de emergencias en ambas sedes y la lista de chequeo preoperacional de ambulancias.

Se tiene aprobación del Plan de seguridad vial, otro componente de norma que fortalece el SGSST

En el cuarto trimestre se presentó un accidente laboral y fue reportado al FURAT. Se realizó investigación del evento presentado en el cuarto trimestre

En reunión del comité de copasst se presenta la caracterización del ausentismo del segundo semestre, mensualmente se lleva el dato de ausentismo, para el 2019 registra 54.4 días promedio

El Comité de emergencias, de acuerdo a la normatividad pasa al proceso de gestión de recurso humano, realizando la programación del comité del año dentro de lo establecido por el SGSST lo que permitió intensificar sus acciones, fortaleciendo realización de los simulacros y la creación del grupo interinstitucional de emergencias con la participación de la ESE, la Administración Municipal y las empresas del entorno.



Fuente: Coordinación Planeación y Calidad, Evaluación año 2019. (Pa 2019 LINEA 2 GESTION DEL TALENTO HUMANO).

2. LÍNEA: GESTIÓN FINANCIERA Y CONTRACTUAL.

PROYECTO: P 03 01. 2019. Manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la rentabilidad social.

ACCIÓN: Fomentar la cultura institucional respecto a la eficiencia en el uso y disposición de los recursos

Meta: Solidificar la sostenibilidad institucional desde la gestión eficiente e interacción de los procesos de atención y administrativos en escenarios cambiantes del sector salud y del mercado.

Realizar mensualmente seguimiento al comportamiento de la Cartera

Mantener fortalecida la gestión Financiera que lleve a resultados Eficientes.

ACCIÓN: Fomentar la cultura del Autocontrol, autogestión y autorregulación.

Meta: Mantener el Autocontrol, la Autogestión y Autorregulación como norma de actuar de todos los funcionarios de la ESE desde

PROYECTO: P 03 02. 2019. Costos: parte esencial en la búsqueda de la competitividad.

Meta: Implementar El sistema de Costos para la ESE con enfoque a la Competitividad en el sector.

3. LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTION FINANCIERA Y CONTRACTUAL				
3.1. Manejo gerencial que permita sostenibilidad de la institución con énfasis en rentabilidad social.				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Equilibrio presupuestal con recaudo. (*)	> o = 1	0,97		X
Resultado equilibrio presupuestal con reconocimientos. (*)	> o = 1	1,41	X	
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR)	< o = 0.90	(*)		Pendiente
Lo emite el Ministerio de Salud al mes de marzo según reporte del 2193				
# de facturas radicadas en primeros 20 días del mes siguiente al servicio x100	> 83%	75,4%		X
# facturas generadas en el mes a analizar.				
Informes presentados sobre ejecución del plan anual de inversiones	1	1	X	
Valor de deuda superior a 30 días por concepto salarios del personal de planta o externo de servicios corte a 31 diciembre año que se evalúa. (*) Emite revisor fiscal luego de cierre del año.	< o = 30 días	1	X	
Oportunidad reporte entrega información en cumplimiento del 2193 de 2004 o norma que lo sustituya.	Oportuno	Oportuno	X	
(*) Emite Ministerio de Salud mes de marzo				
Compras a través de mecanismos electrónicos.	= o > 0,7	76,90	X	
(*) Convalida revisor fiscal en mes de marzo				
Cartera mayor a 360 días. Seguimiento Periódico. - a diciembre	Descriptivo	\$ 8.868.334.422	X	
Cartera total. Seguimiento Periódico - a Diciembre	Descriptivo	\$23.231.430.368	X	
Rotación de cartera. Días	Descriptivo	170,85 Promedio del año	X	

3. LÍNEA ESTRATÉGICA: GESTION FINANCIERA Y CONTRACTUAL

3.1. Manejo gerencial que permita sostenibilidad de la institución con énfasis en rentabilidad social.

Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Rotación de cuentas por pagar. Días. (Llevar gradualmente a 90 días, con inicio en 150 días.	de 150 a 90 días	64,72	X	
Rotación de Inventario. Días Llevar gradualmente de 50 días a 30 Días.	30 días	7,79	X	
Utilidad Operacional-	\$77.528.435	\$ 2.028.046.744	X	
Prueba Acida	>1	3,88	X	
Razón Corriente ó índice de solvencia	>1	3,93	X	
Índice de endeudamiento	<30%	25%	X	
Capital de trabajo. 1= Positivo	\$ 6.472.168.726	\$ 15.360.000.000	X	
Proporción de glosa aceptada frente a la facturación	15%	2,72%	X	
Glosa recepcionada mes. 1= análisis e intervención	\$ 254.738.203	\$ 145.819.603,58	X	
Riesgo Fiscal y Financiero	Sin Riesgo	Sin Riesgo	X	
% de solicitud de costos de producto cuya respuesta sea menor a 30 días	1	0,00%		X
% de cumplimiento en la socialización de informes de costos por centros / semestral	90%	0		X
Balances bajo Norma NIIF	3	1		X

1.2 Fomentar la cultura del autocontrol, autogestión y autorregulación

Mapa de riesgos actualizado con base a estructura de los procesos -. Enero procesos Misionales de Cx y Partos - Julio proceso C externa total y Urgencias-Agosto Ayudas diagnosticas (Lab y RX-Esterilización)- Sistemas y G Humana-Septiembre Área Jurídica -Contratación y Financiera	8	2		X
Seguimiento a riesgos instrumentalizado (Metodología e instrumento, actualizar política de riesgos)	2	1		X

Capacitaciones para el fortalecimiento del autocontrol, autoevaluación y la autorregulación en la entidad	4	4	X	
Evaluación y seguimiento al Plan Anticorrupción	2	1	X	
Realización de auditorías internas	3	1	X	
Informes de Ley y de seguimiento a la gestión control interno	13	13	X	
Seguimiento y Evaluación estructuración y articulación de los distintos planes al plan de gestión y su publicación Decreto 612 de 2018	1	1	X	
Plan de mejora único estructurado-Enfoque Auditorías internas y externas	4	1		X
Rendición de cuentas Comunidad y Junta Directiva estructurada y entregada (Pública y web). Semestral	3	3	X	
Consolidar y publicar informes de resultados bajo tecnologías de la información y comunicación	4	2		X
Registro consolidado de los Riesgos frente a la corrupción.	1	1	X	
Plan anticorrupción y de atención al ciudadano aprobado y publicado	1	1	X	
Informes del monitoreo a las actividades del plan anticorrupción y Atención al Ciudadano. Trimestral	4	2	X	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Actualización Autodiagnósticos- 1-2-integridad. 2-1-direccionplaneacion. 2,2 Plan Anticorrupción. 3-3-defensa juridica. 3-7-rendicioncuentas. 4 Evaluación de desempeño institucional. 7-control interno. Presupuesto	7	5	X	
Autoevaluación Del Furag Realizada interdisciplinariamente	1	2	X	
Resultados Furag- Adopción línea de base difundida	1	1	X	
Integración al Plan de Acción cumpliendo Decreto 612 de 2018: 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR 2. Plan Anual de Adquisiciones 3. Plan Anual de Vacantes 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos 5. Plan Estratégico de Talento Humano 6. Plan Institucional de Capacitación 7. Plan de Incentivos Institucionales	12	12	X	

8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo				
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano				
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI				
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información				
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información				
Bases técnico administrativas documentadas	1	0		X
Plan Acción y mejora articulado según autodiagnóstico y Acreditación para las dimensiones relacionadas	2	2	X	
Informes de seguimiento y ejecución al plan Acción 2019 y de desarrollo 2016-2020	4	4	X	
Reporte mensual de indicadores Gerenciales según F.MV. 013	12	12	X	

Linea 3	83.3%
---------	-------

Logros/oportunidades de mejora
<p>Se trabaja con datos de corte a noviembre o proyecciones según pertinencia, es claro entonces que para el mes de enero el cierre contable está en proceso, algunos indicadores están sujetos a esta situación, por lo cual una vez se llegue a la depuración de la información se hará la validación del dato entregado.</p> <p>El equilibrio presupuestal relacionado con recaudo al último trimestre se acercó a la meta definida, llego al 0.97. El indicador con base a reconocimientos se proyecta en 1.41, superando la meta que se tenía</p> <p>La facturación baja la oportunidad de radicación, especialmente al último trimestre cuando se reporte un 3% de radicación al mes de diciembre, incidiendo en ello el periodo del año, Total obtenido fue del 75.4% Para el 2019 se retoma la categorización de Sin riesgo dada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la ESE, evidenciada en la Resolución No. 1342 de mayo 2019. Se proyecta que en el año en curso sea igual la categorización del riesgo.</p> <p>La compra por mecanismos electrónicos de medicamentos y material médico-quirúrgico, en el año muestra incremento que puede estar cercano al 0.769, derivado de la gestión desde el comité de compras, el proceso contractual y las políticas institucionales que regulan la contratación.</p> <p>Realizado el seguimiento al comportamiento de la Cartera, para la mayor a 360 días, hubo al último trimestre disminución frente a los anteriores, llegó a \$ 8.868.334.422,1.</p> <p>La cartera total acumulada está en \$ 23.231.430.367,56. Situación que afecta la disponibilidad de recursos, la inversión para los procesos de atención, adquisición y mejora de tecnología que la complejidad del perfil de demanda del usuario viene requiriendo.</p> <p>Es de anotar que la ESE en su gestión a la cartera por cobrar logro pasar de una rotación de 195 a 170.5 días promedio del año. Cuentas por pagar la lleva a 64.7 promedio días.</p>

La gestión para recuperación de recursos adeudados es interminable y habrá de requerirse desde lo jurídico, lo administrativo trabajo integral, una vez que la dinámica del pago de la ERP no se ajusta a la inversión que las ESE e IPS hacen para mantener los procesos de atención que la población afiliada al sistema de salud demanda, poniendo en riesgo la sostenibilidad del prestador de servicio.

Desde cuentas medicas se fortalece el proceso frente a las glosas y devolución de facturación, se enfatiza en la preauditoria.

La glosa aceptada mes promedio fue de \$4.022.480, el porcentaje aceptado es el 2.72%, logrando la meta ampliamente, la cual estaba en 15%. La tramitada estuvo en promedio mes \$148.152.809, superando la glosa recibida que estuvo en \$ 145.819.603. Reflejando los resultados positivos ante los pagadores La facturación estuvo en promedio mes \$2.570.189.505, mejorando el promedio mes del año anterior que estuvo en \$2.459.399.119

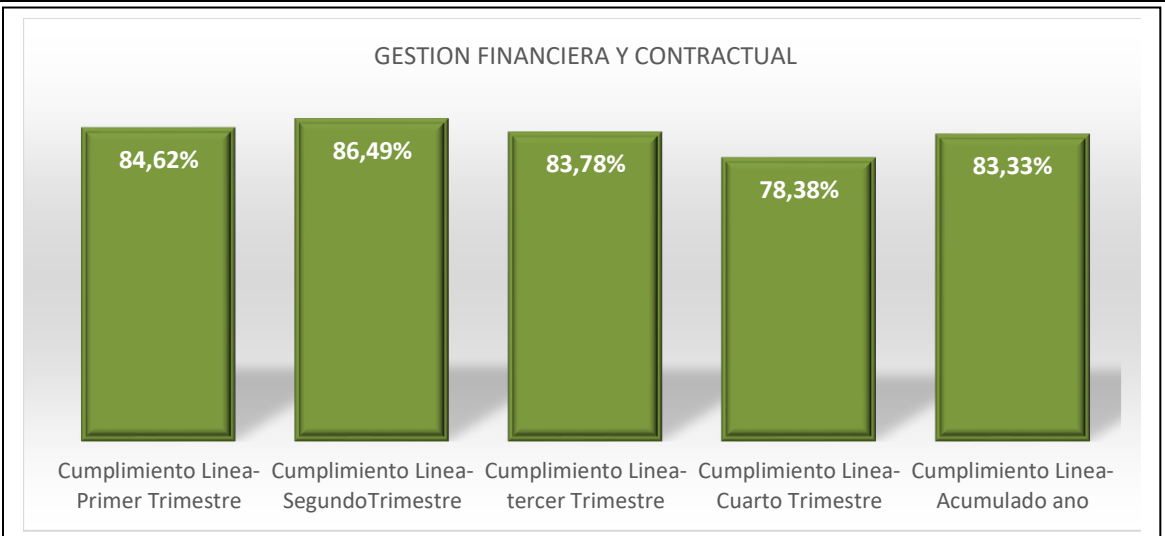
Para los reportes de norma exigidos desde la circular Única y el decreto 2193 se remite la información dentro del periodo de la norma, se tiene pendiente la validación de dichos entes de control para la certificación de lo entregado.

El Mantener el Autocontrol, la Autogestión y Autorregulación partió de la formulación y seguimiento al plan anticorrupción, se trabajó en el seguimiento a riesgos, desde los procesos se desarrolló instrumento estándar y se remite a control interno para validar mapa de riesgo.

Se trabajó todo lo que recoge el componente de Rendición de Cuentas a la comunidad, órganos administrativos y de control. Control Interno dejó elaborados y entregados los informes que desde la norma son su competencia. Se desarrolla lo dispuesto desde MIPG en el decreto 1499 de 2017. Así mismo se realiza la aplicación del FURAG al inicio del año y al final del mismo respondiendo a lo solicitado por la Función Pública.

Se elabora informe de empalme ante el grupo designado por el Gobernador que inicio periodo en enero del presente y se prepara dentro de la norma el acta de empalme como se ha dispuesto desde la 951 de 2005. Se desarrolla la fase 1 y fase 2, dejando la entrega de fase 3 al mes de marzo, cuando concluye la actual gerencia su periodo

El proyecto para el sistema de costos, para el año tuvo mínimo desarrollo para un cumplimiento del 10%, se llevan los balances desde la norma NIIF.



Fuente: Coordinación Planeación, Calidad. Evaluación año 2019. (Pa.2019 LINEA 3 GESTION FINANCIERA Y CONTRACTUAL).

3. LÍNEA: MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA.

PROYECTO: P-04-01. 2019. Plan de reordenamiento físico del Hospital.

ACCIÓN: Gestión para la construcción de la Nueva Edificación.

Meta: Realizar las gestiones, frente al proyecto de construcción del nuevo hospital para la E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Caldas - Antioquia desde la competencia definida y consensuada para el equipo Gerencial por los diferentes actores que intervienen.

ACCIÓN: Plan Mantenimiento Hospitalario

Meta: Infraestructura Física y equipamiento inherente a la prestación de servicios operando en condiciones de calidad y eficiencia.

PROYECTO: P-04-02. 2019. Programa de renovación tecnológica que permita mantener una mejor prestación de servicios de salud.

ACCIÓN: Mantener la prestación de los servicios con apalancamiento de la Tecnología Biomédica adecuada a la demanda de la población.

ACCIÓN: Plan Mantenimiento del Equipo Biomédico.

Meta: Biotecnología respondiendo a la demanda de atenciones en salud según necesidades del usuario y el proceso de salud enfermedad según ciclo de vida y perfil de morbilidad

PROYECTO: P-04-03. 2019. Sistema de Información (comunicaciones, Relaciones empresa comunidad mercadeo, archivo y tics).

ACCIÓN: Adquisición e implementación de nuevas tecnologías de la información.

Meta: Disponer para los servicios de la ESE de una Plataforma tecnológica y elementos de apoyo renovados y eficientes.

ACCIÓN: Plan de mantenimiento de tecnologías de la información.

Meta: Infraestructura Tecnológica en funcionamiento y desarrollo de los procesos.

ACCIÓN: Desarrollo de aplicaciones propias o adopción de externas para la integración de la información y las comunicaciones. (Relaciones empresa comunidad).

Meta: Tener el Archivo de Gestión Documental enmarcado en los requisitos de las normas de competencia para la E.S.E como institución de Salud y de carácter público.

Meta: Imagen corporativa fortalecida desde la Comunicación Organizacional y la implementación de la estrategia de gobierno (GEL)

4.MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA				
Plan de reordenamiento físico del Hospital.				
Gestión de construcción de Nueva Edificación.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Reuniones asistidas / Reuniones citadas	100%	100%	X	
Interacción Departamento-Municipio - ESE - documentación técnica- normativa y legal Terreno - Proyecto	2	1	X	
Respuestas desde medio electrónicos realizadas	100%	100%	X	

Programa de renovación tecnológica que permita mantener una mejor prestación de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Plan del mantenimiento hospitalario integral aprobado por la ESE y ente competente. Primer bimestre del año	1	1	X	
	> O = 95%	79% (Hospital)		X

Programa de renovación tecnológica que permita mantener una mejor prestación de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Cumplimiento del plan de mantenimiento a la infraestructura, Sede Hospital y Sede Ambulatoria.		80% (Ambulatoria)		
# Mantenimiento Tableros eléctricos y sistema hidráulico en 17 áreas de la ESE Realizados / # mantenimientos Tableros eléctricos y sistema hidráulico en 17 áreas de la ESE programados	51	34		X
# Mantenimiento de ascensores programados/ # mantenimientos realizados	4	4	X	
# Mantenimiento equipos industriales programados / # mantenimientos realizado	8	6		X
# Mantenimiento a plantas eléctricas programadas / # mantenimientos realizados	6	5		X
# Mantenimiento al canal de monitoreo programados / # mantenimientos realizados	2	2	X	
# Mantenimiento a Aires Acondicionados y compresores programados / # mantenimientos realizados	11	10		X
# Mantenimiento al control de acceso principal programado / # mantenimiento realizados	1	1	X	
Mantenimiento equipo hospitalario Salas 1-2-3-4 abril Agosto diciembre. Urgencias febrero - junio - octubre	15	11		X
Control de Plagas realizados / # Control de Plagas programados (Barrios unidos 6- Sede Hospital 11)	17	17	X	
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
Propuesta de inversión entregado ante comité de Compras	4	4	X	
Entrega del cronograma del plan de mantenimiento a los servicios asistenciales: Hospitalización 4 Salas. Cirugía. Urgencias. C Externa. Apoyo	3	3	X	
Plan de Metrología socializado	1	0		X

Programa de renovación tecnológica que permita mantener una mejor prestación de servicios de salud.				
Indicador	Metas 2019	Cumplimiento	SI	NO
% de Equipos con calibración y verificación metrológica según plan de metrología aprobado	100%	100%	X	
Realizar autoevaluación del estándar de tecnología bajo los criterios de habilitación- Segundo semestre	1	1	X	
Actualización en manejo de la tecnología biomédica # Personas Asistentes/# personas del grupo objetivo citado	85%	72%		X
# de ciclos de actualización realizados (Enfermería- Auxiliares y Jefes- Médicos Generales- Especialistas - Personal apoyo. Serv Generales- Camilleros- Conductores de Ambulancia)	3	3	X	
Campaña de sensibilización en la disposición y manejo de los residuos electrónicos de la tecnología	1	0		X
% de las hojas de vida de los equipos actualizadas	> O = 95%	30%	X	
Mantenimiento Preventivos Realizados según cronograma/ Mantenimientos Preventivos Programados	98%	77%		X
Cumplimiento del plan de mantenimiento correctivo a equipos biomédicos, según demanda	95%	100%	X	
Oportunidad de atención a las solicitudes de mantenimiento correctivo de equipos biomédicos, días.	<O = 3 días	1,5	X	
Número de eventos adversos por tecnovigilancia analizados / Número de eventos adversos por tecnovigilancia ocurridos	95%	100%	X	
Informe sobre seguimiento a eventos e incidentes de tecnovigilancia entregados al Comité de Seguridad mensualmente a partir del segundo semestre del 2019	6	6	X	
Reportes generados cumpliendo la norma al ente de control. (SSSA)	4	2	X	

Adquisición e implementación de nuevas tecnologías de la información.				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Protección antivirus operando para 2019	4	4	X	
Cambio de servidor de base de datos-Segundo Semestre	1	1	X	
Conectividad inalámbrica bajo antenas Ruckus R510 dual – band 802.11 abgn/ac, PoE Injector.	4	4	X	
Gestor Unificado operando	1	1	X	

Infraestructura informática operando integrando procesos de Gestión logística y operativa				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Analizar, desarrollar, implementar Sistema de inteligencia de negocios de facturación, cartera y auditoria medica. % de tableros implementados/ tableros programados	1	1	X	
Historia clínica por servicio versión prueba	1	1	X	
Historia clínica con alarmas para seguridad del paciente definidas	1	1	X	
Actualizar la historia clínica según requerimientos de norma para programas de p y p	1	1	X	
Documento Plan del mantenimiento preventivo del equipamiento informático y de las comunicaciones.	1	1	X	
% de Mantenimientos preventivos realizados según cronograma del plan de trabajo.	100%	100%	X	
Oportunidad de respuesta de mantenimientos correctivos = o < a 2 Horas.	< 2	2	X	
Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación, (PETI)-% de avance y cumplimiento de las metas definida en el PETI para el 2019. informe semestral	1	1	X	

Infraestructura informática operando integrando procesos de Gestión logística y operativa				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Inventario de la capacidad operativa. Catálogo de servicios (subconjunto del portafolio de servicios publicado para los usuarios internos y externos).	2	1	X	
Plan de Gobierno en línea GEL- Documentado a Septiembre).	1	0		X
Plan de disposición de residuos tecnológicos aprobado en CIGD	1	1	X	
Manual o documento con las políticas de seguridad y privacidad de la información aprobado en comité institucional de gestión y desempeño	2	1	X	
a. Metodología para la gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información. b. Un avance del plan de tratamiento del riesgo. c. La declaración de aplicabilidad en desarrollo	3	3	X	
<u>Infraestructura crítica reportada</u> infraestructura crítica Identificada	100%	100%	X	
Efectividad del Reportes al Colcert. Minutos = 100. Horas =75. Semanas = 25. No reporte del Colcert. No aplica	1	1	X	
Plan de comunicaciones. Socializado	1	1	X	
Cumplimiento de las actividades del plan de comunicaciones Informativa (Ver registro de cumplimiento en la hoja anexa Comunicación Informativa)	100%	100%	X	
Cumplimiento de las actividades del plan de comunicaciones Organizacional.(Ver registro de cumplimiento en la hoja anexa Comunicación Organizacional)	100%	100%	X	

Desarrollo del Programa de Gestión Documental y del Plan institucional de Archivos Pinar, componente del año 2019, enmarcado en los requisitos de las normas de competencia para la E.S.E como institución de Salud y de carácter público comunicaciones. (Relaciones empresa comunidad).				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Documento PGD publicado en la web y socializado Documento implementado en un 30%	1	Si	X	
Digitalización de expedientes de archivo central y gestión	10%	10%	X	
Rotulado de cajas del archivo central y de gestión	10%	10%	X	
Documento PINAR formulado y presentado al CIGD- capitulo Comité de Archivo. Documento Aprobado y dispuesto en la WEB e intranet	1	1	X	
Manual de Correspondencia y archivos oficiales actualizado en un 10% , para tener un mayor control de los documentos. Que incluya los procedimientos de: *Producción Documental (*) *Recepción de documentos (*) *Distribución de documentos (*) *Trámite de Documentos (*) * Organización documental (*) *Consulta de documentos (**) *Conservación de documentos (**) *Disposición final. (**)	1	0		X
Formato Único de Inventario Documental (FUID) actualizado en todos procesos de la ESE	1	1	X	
Avanzar en tablas de valoración documental (TVD). Inventario del Archivo Pasivo Gestionar firma de la declaración de pérdida de documentos.	2	1		x
Aplicación TRD, aplicadas en Archivo Histórico Administrativo (según proceso priorizado). Inventario documental a depurar - Aprobado por CIGD. Inventario y organización de archivo de historias clínicas- primer y segundo trimestre planeación- estandarización y tercer trimestre depuración interna Publicación WEB en tercer trimestre Muestra del 3% a conservar. Depuración final a cuarto trimestre	4	4	X	
Activos de Información Actualizados al 2019	1	0		X

Desarrollo del Programa de Gestión Documental y del Plan institucional de Archivos Pinar, componente del año 2019, enmarcado en los requisitos de las normas de competencia para la E.S.E como institución de Salud y de carácter público comunicaciones. (Relaciones empresa comunidad).

Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Banco terminológico para la ESE, avalado	1	0		X
Infraestructura Física Mejorada: Arreglo de Canoas Arreglo de Cielofalso Reubicación de Lámparas	3	3	X	

3.3.2. Imagen corporativa fortalecida desde la Comunicación, la participación social y ciudadana con uso de TICS y la implementación de la estrategia de gobierno (GEL)

Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Autodiagnósticos realizados: 3-2-gobiernodigital- 3,5 Tramites-5,1 Gestión Documental 5-2-transparencia acceso a la información	4	4	X	
Lista de chequeo realizada (1) - Plan de ajuste dispuesto (1) - Ver lista de chequeo Ley 1712	2	2	X	
Información en WEB, sección de acceso a la información disponible	1	1	X	
Cumplimiento de información dispuesta en la WEB- Transparencia y Acceso	> O = 95%	95%	X	
Criterios identificados y socializados	2	2	X	
Registro de cambios de la información	2	1	X	
Página WEB Actualizada operando	4	4	X	
Datos abiertos de los ESE documentados	1	1	X	
número datos abiertos actualizados y difundidos/Total de datos estratégicos >= 0,5 que equivale al 100%	100%	100%	X	
Realizar al final del periodo la publicación de datos abiertos	1	0		X
Caracterización de usuarios	1	1	X	
Otros Procedimientos Administrativos (OPA) definidos para la ESE según la caracterización realizada	2	1		X
Validar los Trámites dispuestos en el SUIT y actualizar referentes	8	8	X	
Evaluar operatividad de los trámites institucionales dispuestos en el SUIT al cuarto trimestre	1	0		X

3.3.3 Interacción del proceso de la participación social y comunitaria bajo la normativa del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, Normas Nacionales de la PSSS y políticas institucionales.				
Indicador	Meta 2019	Cumplimiento	SI	NO
Autodiagnósticos del componente actualizado a 2019 3-4-serviciocudadano. 3-6-participacionciudadana	2	2	X	
Sistema de Registro y gestión de PQRS documentado y establecido para la ESE con uso de las TICs	1	1	X	
Reporte mensual de PQRS publicado	12	12	X	
Análisis de PQRS Publicado desde las TICs	1	1	X	
Planes de Mejora PQRS realizados, con seguimiento y difundidos bajo la normatividad	1	1	X	
Respuesta bajo tiempos de norma y connotación de acción de mejora a las PQRS	12	6,69	X	
Seguimiento Indicadores del Sistema de Información para la Calidad según Resolución 0256 de 2016- Plan Gestión-Reporte individual Sec de Salud	11	12	X	
Índice de Satisfacción Global. (SIAU)	>85%	86,39%	X	
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos, Tasa *100	86%	94%	X	
Realizar seguimiento al plan acción de PSSS tripartito: ESE-Municipio-Gobernación	4	4	X	
Acciones de Corresponsabilidad del Usuario con la ESE y el Sistema de Salud- (Sesiones Comparendos Pedagógicos)	12	12	X	
Eventos de Participación Comunitaria en Salud asistidos	7	7	X	
Estrategias de interacción Internas y Externas ESE- Comunidad- Ciudadanía	9	9	X	
Línea 4	83.64%			

Logros/Oportunidades de mejora
Desde la competencia delegada a la Gerencia de la E.S.E para el desarrollo de la nueva sede se participó, intervino y cumplió a fin de disponer la entrega de la documentación, la participación de las sesiones técnicas de trabajo a las que fue invitada por la Gobernación de Antioquia y el Municipio de Caldas, así mismo la asistencia al Ministerio de Salud y Protección Social para validar estudio técnico de capacidad instalada, como requisito a la presentación de todo proyecto de infraestructura.

Proyectos que desde la norma no puede ser presentado por entes territorial o municipal, solo se ha definido como competencia de las instituciones, para el caso la ESE. Lo cual se aclaró en el año 2019 por el ministerio ante el departamento y el municipio de Caldas. Sobre este proyecto y la gestión, según competencia institucional, se entrega informe ante la comisión de empalme en el mes de noviembre

Plan de mantenimiento de la infraestructura, mobiliario hospitalario y equipos industriales, tuvo ejecución durante el año del 70%. Es importante ajustar resultados frente a los mantenimientos de las plantas eléctricas, aires acondicionados como equipos de trascendencia en la seguridad de la atención.

Se mejoro el liderazgo y coordinación del grupo de mantenimiento bajo la directriz de la Profesional Biomédica, quien recibió delegación para su área y la de mantenimiento general. Esto llevo a que de las observaciones de habilitación del 2018-2019 dejadas por la SSSA se cumpliera mas del 95% de los hallazgos, y se permanece en el presente año su ejecución.

El área de ingeniería biomédica tuvo cambios del recurso humano en tres oportunidades, retomando sus acciones y metas para el último trimestre, periodo que el equipo enfatizo en acciones para avanzar en cumplimiento del plan del área. Se resalta el abordaje técnico para la sustentación dentro de lo establecido en las normas de contratación de la ESE que permitió la adquisición de equipos biomédicos para los servicios de Cirugía, Urgencias, C Externa, Salud Oral y Hospitalización.

En la central de esterilización se reorganiza instalación para puesta en operación de la autoclave adquirido a finales de 2018, mejorando su desempeño y eficiencia.

Reinicio de la revisión y actualización de hojas de vida de los equipos con la puesta en operación del software adquirido por la institución.

Reapertura del servicio de Radiología para el servicio de odontología, una vez renovada la licencia del equipo, del servicio de endoscopia una vez recopilados los registros Invima y dispuestos a validación ante la SSSA. Se adquiere una torre para el Servicio de cirugía laparoscópica.

Comité de GAGA y Salud Ocupacional, trabaja articuladamente a fin de mejorar la implementación del manual de limpieza y desinfección en las técnicas de calidad y seguridad, identificando como oportunidad de mejora la actualización en técnicas de aseo hospitalario hacia la dinámica de la seguridad del paciente y del funcionario. Unificación de criterios de los equipos para manejo de los derrames biológicos y medicamentos Se reporta dentro de la norma y tiempo el RH1 y el Respel. El Comité tuvo en su cumplimiento un logro del 91.2%

Gestión de tecnología de la información y comunicación: Se adquiere e instala servidor que mejora capacidad de almacenamiento y eficiencia del sistema, se viene efectuando migración de la información. Se cuenta con Antivirus actualizado y en operación durante todo el año 2019, se realizó solicitudes de cotización y se aprobó compra para el año 2020.

Historia Clínica: Se realizó el levantamiento de requerimientos funcionales y no funcionales, para dar inicio al proceso de desarrollo del módulo de Historias Clínicas. Los requerimientos se realizaron por medio de reuniones con grupos focales en los cuales participan grupos interdisciplinarios de las áreas asistenciales, administrativas y directivos. Se realizaron visitas de referenciación en las entidades de igual o mayor nivel de atención. El desarrollo se realizó en tres fases, las cuales nos permiten tener una Historia Clínica Electrónica que responde a los requerimientos funcionales y no funcionales. Se realizaron las campañas de sensibilización y de gestión del cambio. Para la implementación del software se realizan ajusten en los procesos administrativos y asistenciales con el objeto de disminuir los reprocesos y mejora la oportunidad y control en la dispensación y aplicación de medicamentos.

Pendiente actualizar el modelo de seguridad de la información y realizar la socialización de las políticas, y Acuerdos de confidencialidad.

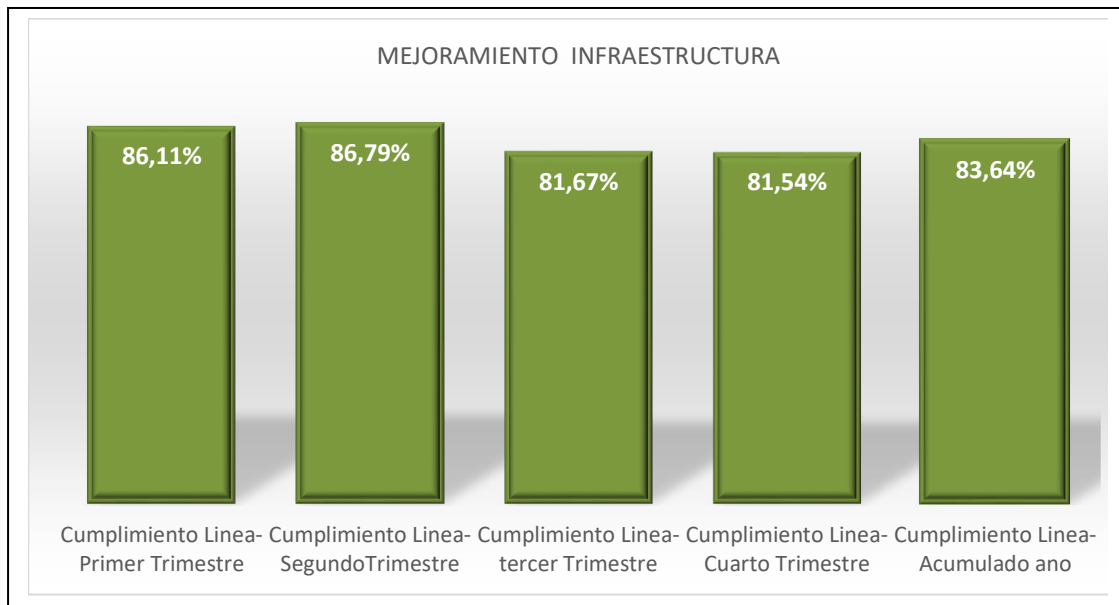
El proyecto para llevar la gestión documental a las normas del Archivo general de la Nación tuvo un avance del 72.2%, sigue pendiente actualizar TVD. Se avanzo en aplicación de las TRD según las vigentes. Organizando archivo del área contable e inicio de archivo pasivo de historias clínicas. Se aprueba y publican PGD y PINAR, adoptados pro resolución de gerencia respectiva.

El componente del proceso de comunicaciones retoma la operación de los diferentes canales de comunicación y medios, logrando hacer difusión de temas hacia el empoderamiento de la cultura organizacional, actualización de las redes sociales, reactivación de la página web, Se trabaja en PQRS su recepción y respuesta con plan de mejora definido según el caso.

Se integra con el equipo de atención al usuario realizando trabajo de difusión de derechos y deberes a los usuarios impactando positivamente en el posicionamiento frente a la población.

Se realiza el manual de imagen y actualiza la plantilla para presentaciones institucionales. Se avanza en las metas relacionadas con norma para acceso a la información pública, El SUI y lo requerido desde MIPG en esta dimensión.

Se elaboró, monitoreo y ejecuto el plan de participación social acogiendo norma ministerio de salud, en este se hizo trabajo interinstitucional con Municipio y Departamento.



Fuente: Coordinación Planeación y Calidad, Evaluación año 2019. (Pa 2019 LINEA 4 MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA).