PLAN DE ACCIÓN AÑO 2020.

LÍNEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL "Es el Momento de Antioquia- Una Nueva Agenda"	Linea 1: Nuestra Gente	LÍNEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEGUROS
Componente Plan de Desarrollo Es el momento de Antioquia	Bienestar activo y Saludable para la Ciudadania		
PROGRAMA PLAN DEPARTAMENTAL:	Atencion Primaria en Salud Mejoramiento de la situacion de salud de Antioquia	PROGRAMA DEL PLAN DE DESARROLLO	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
PROGRAMA PLAN MUNICIPIO:	Caldas un Proposito para todos	PROCESOS :	MACRO PROCESO MISIONAL (CONSULTA EXTERNA- HOSPITALIZACIÓN-URGENCIAS-CIRUGIA-PROMOCIOM DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD- APOYO ASISTENCIAL)

NOMBRE DEL PROYECTO: P0101 - 2020- PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA MANTENIMIENTO Y RECUPERACION INTEGRAL DE LA SALUD

ENERO - MARZO | ABRIL - JUNIO

FORMULACIÓN

Accion Marco	Ponderacion	Actividades	Productos	Metas	Indicadores	Linea de Base	Canfidad Programada T1	T2	T3	T4	Responsable	Fecha de inicio y finalización	Asignacion de Recursos (en millones)
	Accion												
PA 01 01 01 - 2020. Ofertar servicios de salud respondiendo a la demanda, bajo estandares de oportunidad exigidos por la normatividad	10.0%	Operar la apacidad instalada y resolutiva en correlacion con nivel de atención y complejidad de la E.S.E	1.01. Ofertar servicios de salud respondiendo a la demanda, bajo estandares de oportunidad exigidos por la normatividad.	**Atender la demanda de servicios de salud de mediana y baja complejidad de la población objeto de la ESE segun la contratación con las EAPs, para lo que se establece**								Enero 2020 - Diciembre 2020	$ 11,548.01
				Mantener la oferta para la consulta externa general, especializada y de servicios de apoyo dentro del estandar de oportunidad definido en el sistema de salud y las politicas de calidad. (Días)	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	3	3	3	3	3	Subdireccion cientifica		
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontológica general	3	3	3	3	3			
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Pediátrica	5	5	5	5	5			
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Ginecología	10	10	10	10	10			
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Obstetricia	8	8	8	8	8			
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Cirugía	10	15	15	15	15			
					Tiempo promedio de espera para la asignación de cita Medicina Interna.	8	7	7	7	7			
		Gestionamiento de la oferta para su articulación con estandares de calidad,políticas publicas y satisfacción a la demanda		Atender el paciente clasificado en triage I en un máximo 30 minutos	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias .Minutos	30	30	30	30	30			
				Implementar 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 Cesarea. (Cesareas no superior al 37% al finalizar el año) (Gestante cuya EPS tenga contrato con la ESE y los CPN los realiza en la ESE)	Proporción de gestantes con consulta de CPN de primera vez antes de la semana 12 de gestación.	75%	75%	75%	75%	75%	Jefe p y p		
					Proporción de nacimientos por cesárea. (# Cesareas/total de partos)	37%	37%	36%	37%	35%	Subdireccion cientifica		
					Mortalidad perinatal — Casos del periodo con Unidad de Análisis. (Embarazos >=+ a 7 meses). Es Informativo.	100%	100%	100%	100%	100%	Jefe p y p		
		Monitoreo y seguimiento a la eficiencia hospitalaria.		Lograr un porcentaje ocupacional minimo del 83% para el periodo	Porcentaje ocupacional.	80%	80%	80%	80%	80%	Subdireccion cientifica		
PA 01 01 02 - 2020. Gestionar el riesgo a través de la Implementación de Guías de Atención Priorizadas	10.0%	Gestionamiento a traves de la implementacion y evaluacion de adherencia a las guias priorizadas	1.02 Riesgo de la atención monitoreado y gestionado desde la evaluacion de Adherencia a Guías de Atención Priorizadas	**Riesgo en la atención en salud con seguimiento basado en la medicion de la adherencia a guías de atención, procedimientos estandarizados priorizadas y adoptadas por la ESE para la atención en los diferentes servicios**								Enero 2020 - Diciembre 2020	$ 518
				Determinar semestralmente la adherencia a las guias de atención definidas para el periodo 2020 como referentes de alineación en la cultura de la gestión del riesgo. Logrando una proporcion de adherencia minima del 80%	Proporción de Aherencia a las guía de atención del parto, como primera causa de egreso. (Historias auditadas el 80% deben cumplir la Guia en el 100%)	80%	85%	85%	85%	85%	Subdireccion Cientifica		
					Proporción de Aherencia a las guías de manejo de trastornos hipertensivos en las gestantes . (De las historias auditadas el 80% deben cumplir la Guia en el 100%)	80%		85%		85%	Dra Dania de la Hoz		
					Proporción de Aherencia a las guías de manejo de la hemorragia del III trimestre en las gestantes . Historias auditadas el 80% deben cumplir la Guia en el 100%.	80%		85%		85%	subcientifica		
					Proporción de Aherencia a las guía de manejo de la atención del Recien Nacido. Historias auditadas el 80% deben cumplir la Guia en el 100%.	80%		85%		85%	dra Diana Uhia		
				Determinar semestralmente la adherencia a las guias de atención de programas de Promoción y Prevención priorizadas para el periodo 2020 como referentes de alineación en la cultura de la gestión del riesgo. Logrando una proporcion de adherencia minima del 90%	Proporción de Aherencia a las guía de programa de Control Prenatal. Historias auditadas el 90% deben cumplir la Guia en el 100%.	90%		90%		90%	Profesional P y P		
					Proporción de Aherencia a las guía de manejo del Riesgo Cardio Vascular. Historias auditadas el 90% deben cumplir la Guia en el 100%.	90%		90%		90%	Jefe PYP		
					Proporción de Aherencia Trimestral a las guía de manejo de la patología oral Historias auditadas el 80% deben cumplir la Guia en el 100%	80%	85%	85%	85%	85%	Odontologos		
				Determinar trimestralmente la adherencia a las guías de atención de patología oral, IAM y la Oportunidad de la Apendicectomía referentes alineados en la cultura de la gestión del riesgo. Logrando una proporcion de adherencia minima del 90%	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicectomía, después de confirmado el diagnóstico un tiempo igual o menor a 6 horas / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación	90%	90%	90%	90%	90%	subcientifica		
					Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia	90%	90%	90%	90%	90%			
				Realizar evaluación de la Incidencia de sífilis congénita en maternas que realizaron el control prenatal en la ESE.	# nacidos con sífilis congénita/Maternas con control prenatal en la ESE.	0	0	0	0	0			
				Realizar periodicamente analisis de los casos de morbilidad materna extrema y reportar a la instancia pertinente.	Razón de morbilidad materna extrema- (Casos de MME/Nacidos vivos del periodo). Datos ESE	<8x1000NV	1.8	1.8	1.8	1.8			
					Proporcion de vigilancia a la morbilidad materna extrema	100%	100%	100%	100%	100%			
				Hacer seguimiento e intervenciones, según el caso, a los reingresos en los servicios de urgencias y hospitalización, logrando sea menor al 2,5% en urgencias y al 2% en hospitalización . Y el analisi a la mortalidad hospitalaria ocurrida en pacientes con estancia mayor a 48 horas	Tasa de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas. <8 por 1000 pacientes atendidos)	1.0%	8.0	8.0	8.0	8.0			
					Tasa de reingreso de pacientes al servicio de hospitalización en menos de 15 dias. 7,5 por 1000 egresos	1.7%	7.8	7.7	7.6	7.5			
					Analisis de la Mortalidad Hospitalaria mayor a 48 horas	100%	90%	90%	90%	90%			
	20.0%			NUMERO DE METAS	48	10.0%	12	12	12	12			
							2.50%	2.50%	2.50%	2.50%			
					50	10.0%	10	15	10	15			
							2.00%	3.00%	2.00%	3.00%			
				TOTAL PROGRAMADAS	98								
				CUMPLIDAS SEGÚN ROD ACUMULADO AL FINAL DEL AÑO	-	20.0%							

EVALUACIÓN

Accion Marco	Ejecución Metas Fisicas Período T1	% Eficacia	T2	% Eficacia	T3	% Eficacia	T4	% Eficacia
PA 01 01 01 - 2020. Ofertar servicios de salud respondiendo a la demanda, bajo estandares de oportunidad exigidos por la normatividad								
		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%

JULIO - SEPTIEMBRE			
Acciones correctivas y/o preventivas	Evidencias	Indicador de norma	Variables que conforman el indicador

Plan Desarrollo Caldas 2020-2020

Nombre del programa
• Caldas progresa en salud pública bajo las estrategias de Atención Primaria en Salud y Escuelas Saludables • Caldas progresa en el saneamiento en salud • Caldas progresa en el desarrollo y la calidad de los servicios de salud • Caldas progresa en la prestación de los servicios de salud. • Caldas progresa en la participación social y comunitaria en salud. • La salud vuelve a nuestros barrios y veredas • Caldas protege a sus adultos mayores • Caldas protege a la población en situación de discapacidad • Caldas progresa en seguridad alimentaria y nutricional • SISBEN

62.5%	75.4%	76.0%	72.5%	71.0%

71.30%

71.75%

86%

3

2

		Ejecutadas 10	Programadas	Ejecutadas 100	Programadas	Ejecutadas 10	Programadas
		0	49	0	71	0	98
ACUMULADO			0.0%		0.0%		0.0%
	I		II		III		IV

49

7	4	7	7	7
2.015	2.033	2.146	2.021	2035

2015+2033+216
5
2021+2035

0	1	2	1	0
285	459	533	496	497

285+459+533
496+497

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2020

LÍNEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL "Es el Momento de Antioquia- Uno Nuevo Agendo"	Linea 1: Nuestra Gente	LÍNEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEGUROS
Componente Plan de Desarrollo Es el momento de Antioquia	Bienestar activo y Saludable para la Ciudadanía		
PROGRAMA PLAN DEPARTAMENTAL:	Atencion Primaria en Salud Mejoramiento de la situacion de salud de Antioquia	PROGRAMA DEL PLAN DE DESARROLLO	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
PROGRAMA PLAN MUNICIPIO:	Caldas un Proposito para todos	PROCESO	MACRO PROCESO MISIONAL (CONSULTA EXTERNA- HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS-CIRUGIA-PROMOCIONI DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD- APOYO ASISTENCIAL)

NOMBRE DEL PROYECTO: P0102 - 2020- PRACTICAS DE ATENCION SEGURAS BAJO ESTANDARES DE CALIDAD Y HUMANIZACION DEL SERVICIO — **PROCEDIMIENTO: DOCENCIA SERVICIO**

FORMULACIÓN

Accion Marco	Ponderacion Accion	Actividades	Productos	Metas	Indicadores	Linea de Base	Cantidad Programada T1	T2	T3	T4	Responsable	Fecha de inicio y finalización	Asignacion de Recursos (en millones)
PA 01.02.01 -2020 Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.	10.0%	Definicion de estrategias camino a la normalizacion de guias y procedimientos que fortalezcan la caracteristicas de calidad y seguridad en la prestacion de los servicios de salud	1.2.1Modelos institucionales de atención integral, Seguridad y Calidad contribuyendo al mejoramiento de la ESE como prestador de Servicios de Salud	**Implementar el SOGC: Habilitación, PAMEC, SUA como elementos basicos de la Política de Calidad y mejora continua para la prestación de los servicios que oferta la ESE**							Enero 2020 - Diciembre 2020	69.28
		Intervención en campo para evaluar la calidad de la historia clínica y registros conexos posicionando la calidad de estos dentro de lo que la etica del servicio y las profesiones determina.		Lograr gradualmente que el diligenciamiento de los registros clínicos asistenciales tengan una adherencia no inferior al 80% desde todos los especialistas, medicos-odontologos generales, y demas profesiones que interactuan en la elaboracion de estos	Informe Interventoria a la calidad de la historia clinica por equipo de trabajo	1.00		1		1	Subdirector Cientifico		
					% de cumplimiento de criterios definidos para la Calidad de Historia Clínica Proporción de cumplimiento de diligenciamiento de registros clínico asistenciales	0.61		75%		80%	Subdirector Cientifico y Auditoria Concurrente		
		Fortalecimiento de la política de calidad y seguridad del paciente desde el desarrollo de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con enfasis en el programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención		Ejecutar el PAMEC bajo las auditorias y seguimientos	Documento PAMEC 2020 Aprobado	1.00	1				Grupo de Planeación - Calidad-Subdireccion Cientifica		
					Plan de Auditorias PAMEC	1.00	1						
					% de cumplimiento de las Auditorias PAMEC en los ciclos programados	1.00		100%	100%	100%			
				Realizar el cierre de brechas desde las auditorias PAMEC con cobertura a minimo el 90% de la población objetivo	Aprendizaje organizacional	1.00		1					
				Realizar seguimiento al programa de mejoramiento continuo	Cumplimiento de planes de mejora.	80%				90%	Líderes deEnfermeria de los Servicios		
					Informe PAMEC para la Super Salud elaborado	1	1				Coordinacion Planeacion y Calidad		
					Reporte antes del 28 de febrero de cada año a la Super Salud Resultados de PAMEC Según Circular 012 de 2016	1	1						
				Realizar el seguimiento documentado a las acciones de mejora desde habilitación y Actualizar la autoevaluacion de habilitación segun la resolucion 3100 de 2019	Porcentaje de cumplimiento de autoevaluación de los Estándares de habilitación por periodo acumulado Cumplimiento de los 7 Estándares de habilitación cada Servicio Habilitado: C Externa. Salud Oral. Vacunación, Laboratorio-Imágenes Dx. Hospitalización. Cirugía. Partos. Esterilización. Endoscopia. Urgencias, Srv. Farmaceutico Transporte Asistencial. Referencia.	1.00			86%	100%			
					Actualización de REPS según servicios habilitados y novedades a necesidad	1.00	1	1					
					Recepción y monitoreo a planes de mejora desde auditorias externas- Segun demanda requerida	5.00	1	2	2				
				Realizar la Autoevaluación del SUA en el camino gradual a la acreditación para la ESE en el 2020, con una avance minimo del 1,1	Autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditacion o ciclo de mejoramiento de la ESE. Autoevaluacion SUA 2019/Autoevaluacion SUA 2018	1.0	1.1				Líderes de procesos		
				Realizar en las sesiones se reunion periodica Seguimiento a los POA de Comité Seguridad IASS- IAMI-COFYTE	Seguimiento a los POA de Comité Seguridad-IASS- IAMI-COFYTE	3.00	3	3	3	3	Ma Cecilia Mesa - Coordinacion Planeación y Calidad		
				NUMERO DE METAS	25.00	10%	8.00	7.00	4.00	6.00			
				CUMPLIDAS SEGÚN RDO ACUMULADO			3.20%	2.80%	1.60%	2.40%			
Total Poderación	**10.0%**			**% Proyecto programado y Cumplido por periodo.**								**10%**	**2.50%**

EVALUACIÓN

Accion Marco	Ejecución Metas Fisicas Período T1	% Eficacia	T2	% Eficacia	T3	% Eficacia	T4	% Eficacia
PA 01.02.01 -2020 Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.								
Intervención en campo para evaluar la calidad de la historia clínica y registros conexos posicionando la calidad de estos dentro de lo que la etica del servicio y las profesiones determina.		0%		0%		0%		0%
		0%		0%		0%		0%
Fortalecimiento de la política de calidad y seguridad del paciente desde el desarrollo de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con enfasis en el programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención		0%		0%		0.00		0.00
		0%		0%		0.00		0.00
		0%		0%		0.00		0.00
		0%		0.00		0.00		0.00
		0%		0.00		0.00		0.00
		0%		0.00		0.00		0.00
		0%		0.00		0.00		0.00
		0%		0%		0%		0%
		0%		0%		0%		0%
		0%		0%		0%		0%
		0%		0%		0%		0%
	3.20%	0.00%	2.80%	0.00%	1.60%	0.00%	2.40%	0.00%
		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%
	3.20%	**0.00%**	**2.80%**	**0.00%**	**1.60%**	**0.00%**	**2.40%**	**0.00%**
% Cumplimiento por cada trimestre del proyecto ejecutado:		**0.00%**		**0.00%**		**0.00%**		**0.00%**
% Cumplimiento acumulado proyecto ejecutado:	**3.20%**	**0.00%**	**6.00%**	**0.00%**	**7.60%**	**0.00%**	**10.00%**	**0.00%**
% del Cumplimiento acumulado frente a lo acumulado programado por período		**0.00%**		**0.0%**		**0.0%**		**0%**
Eficiencia acumulada por periodo								

Ejecución Financiera Período (En millones)

Accion Marco	T1 E	T1 P	% Eficacia	T2 E	T2 P	% Eficacia	T3 E	T3 P	% Eficacia	T4 E	T4 P	% Eficacia
PA 01.02.01 -2020 Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.	0.00	21.11	0.00	0	19.40	0.00	0	11.09	0.00	0	16.63	0.00
	0.00	21.11	0.0%	0.00	19.40	0.0%	0.00	11.09	0.0%	0.00	16.63	0.0%
	0.00	40.51	0.0%	0.00	51.59	0.0%	0.00	68.22	0.0%			

Eficiencia

Accion Marco	T1	T2	T3	T4
PA 01.02.01 -2020 Implementar los modelos institucionales de Atención Integral, Seguridad y Calidad que contribuyan al mejoramiento de la ESE Como prestadora de servicios de salud.	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	-	-	-	-

	ENERO MARZO			ABRIL JUNIO- SEMESTRE			
Accion Marco	Observaciones	Acciones correctivas y/o preventivas	Evidencias	Observaciones	Acciones correctivas y/o preventivas	Evidencias	Observaciones
	COLUMNAS SUPERIORES PARA ANALISIS DE LOS RESULTADOS			COLUMNAS SUPERIORES PARA ANALISIS DE LOS RESULTADOS			COLUM

	19	8	7	4	6	
Programado						
Acumulado	-	cumplido por trimestre				
Cumplido	-	-	-	-	-	-

0.0%

1.2.1Modelos institucionales de atención integral, Seguridad y Calidad contribuyendo al mejoramiento de la ESE como prestador de Servicios de Salud.

Trimestre 01		Trimestre 02		Trimestre 03		Trimestre 04	
Ejecutadas 100%	Programadas	Ejecutadas 100%	Programadas	Ejecutadas 100	Programadas	Ejecutadas 100%	Programadas
0	8.00	0	7.00	0	4.00	0	6.00

% Cumplimiento	0%		0%		0%		
PERIODO	I		II		III		IV
		Ejecutadas 100%	Programadas	Ejecutadas 100	Programadas	Ejecutadas 100%	Programadas
		0	15	0	19	0	21
ACUMULADO			0.00%		0%		0%
			II		III		IV

114

JULIO SEPTIEMBRE		OCTUBRE - DICIEMBRE		
Acciones correctivas y/o preventivas	Evidencias	Observaciones	Acciones correctivas y/o preventivas	Evidencias