

	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

ACTA N° 140.1.27.03-2023

ASUNTO	Informe de seguimiento y evaluación de Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023, con corte del 1er trimestre de 2023.		
FECHA	27/04/2023		
LUGAR	Muelle Coworking		
HORA DE INICIO	08:00 am	HORA FINAL	05:00 pm
ASISTENTES	Ver listado adjunto		
OBJETIVO REUNION	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 1er trimestre e informe de gestión con sus respectivos indicadores por procesos institucionales.		

ORDEN DEL DIA / PUNTOS A TRATAR

- Realizar el informe de ejecución del Plan de desarrollo de la vigencia 2023 con sus indicadores y actividades de las 5 líneas estratégicas.
- Presentación de informe de gestión por parte de los líderes de procesos.

REVISIÓN DE COMPROMISOS ANTERIORES

ASUNTO	RESPONSABLE	FECHA	AVANCE	ESTADO (Abierto Implementación, Cerrado)
Cierre de planes de mejoramiento	Líderes de procesos	marzo 2023	Se realizó un avance en la gestión y se continúe con la implementación de acciones	Implementación
Parametrización del aplicativo Rfast frente a las RIAS	Gestión de la información, cuentas médicas y atención ambulatoria.	abril 2023	No se ha realizado la parametrizados del aplicativo Rfast frente a las Rias	No iniciado
Fortalecer los temas de humanización en los servicios de urgencias y promoción y mantenimiento de la salud	Talento humano, Atención hospitalaria y atención ambulatoria.	abril 2023	La referente de humanización está realizando acciones en cada uno de los servicios de urgencias, hospitalización y PMS	Implementación

DESARROLLO

Siendo las 08:00 am del 27 de abril de 2023, se reúne la dirección en cabeza del Sr. Gerente Carlos Arizabaleta Corral, la Subgerente científica la Dra. Sandra Isabel Cardona, la jefe

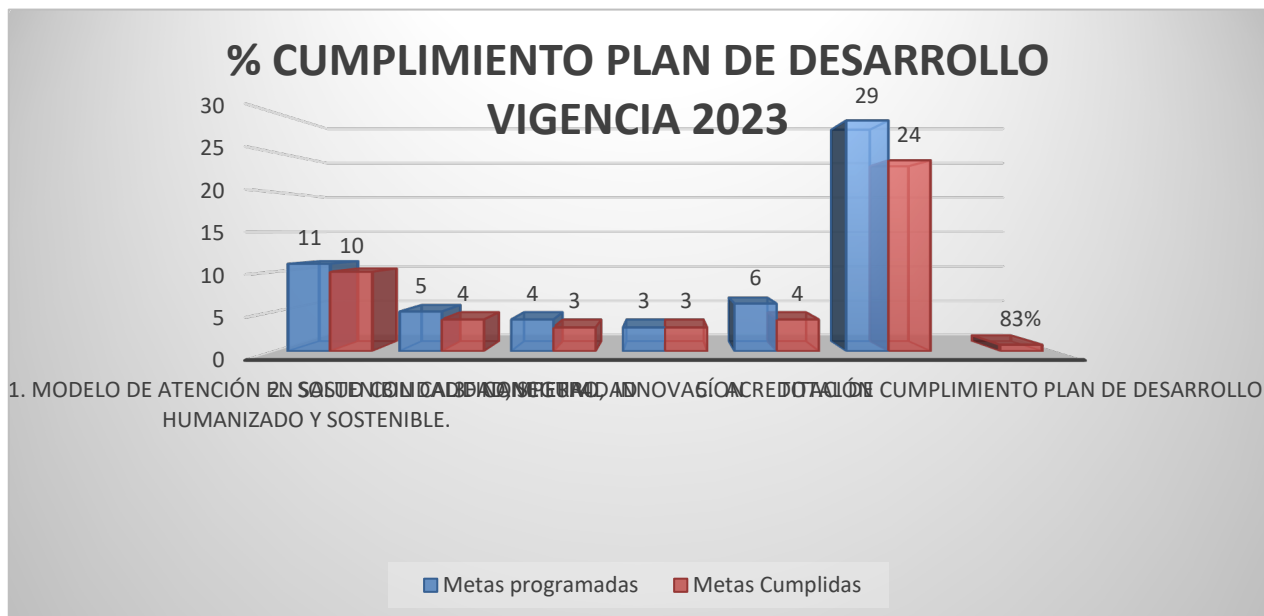
ACTA REUNION

administrativa y financiera Dra. Laura Pachón y los distintos líderes de los procesos institucionales, para realizar el seguimiento al plan operativo anual de la vigencia 2023 que da cumplimiento con sus indicadores y metas de las actividades de las 5 líneas estratégicas establecidas en el Plan de Desarrollo 2020-2023

**1. INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
VIGENCIA 2020 - 2023**

Se realiza la exposición de los resultados de los indicadores del plan de desarrollo, el cual se encuentra en un 83% para la vigencia 2023.

% Cumplimiento Plan de Desarrollo 2022			% Cumplimiento
Línea Estratégica	Indicador cumplido	Indicador programado	
1. Modelo de atención en salud con calidad, seguro, humanizado y sostenible.	10	11	91%
2. Sostenibilidad financiera	4	5	80%
3. Innovación	3	3	100%
4. Competitividad	3	4	75%
5. Acreditación	4	6	67%
Cumplimiento Total del Plan de Desarrollo	24	29	83%



Línea estratégica: Modelo de atención en salud con calidad, seguro, humanizado y sostenible

Contiene 5 metas y para medir su cumplimiento se determinaron 12 indicadores de seguimiento de los cuales se cumplieron los 12, con un porcentaje de cumplimiento para la línea estratégica del 100%.

Meta No.1. Cumplir con las acciones de salud pública determinadas por la Secretaria de Salud Municipal para su seguimiento.

Para determinar el cumplimiento de esta meta se establecieron 8 indicadores que a continuación se presentan, con sus resultados:

Indicador N° 1 Dosis de vacuna del programa ampliado de inmunizaciones aplicadas en un $\geq 85\%$

Formula			
Numerador	Numero dosis de vacuna del programa ampliado de inmunización aplicadas	156	111%
Denominador	número de inscritos en el programa ampliado de inmunizaciones	141	

Teniendo en cuenta en lo planteado para la vigencia 2023 del plan de desarrollo institucional (PDI) la meta del 85%; este indicador logró un resultado en un 111%, cumpliendo con el indicador. Para el 1er trimestre se cumplimiento en la cobertura de vacunación para la población menor a 5 años fue de 111% evaluado con el biológico trazador (MMR REF), lo que nos muestra que han sido efectivas las jornadas en territorio en jornadas nacionales de vacunación y jornadas en territorio en los jardines y CDU: Belén, el Divino Niño, La Alegría, los Pitufos, los Sardinós, Rosita, Sueños Infantiles, Tía Ara, La Lagrimita, Amigos, Cunita mecánica, La dicha de ser y los Pingüinos.

Indicador N° 2 Personas en sufrimiento psíquico y social incluidas en el modelo comunitario en Salud Mental

Formula

Numerador	Número de Personas en sufrimiento psíquico y social	419	100%
Denominador	Total de las personas con sufrimiento psíquico	419	

Teniendo en cuenta en lo planteado para la vigencia 2023 del plan de desarrollo institucional (PDI) la meta del 85%; este indicador logró un resultado en un 100%. En el 1er trimestre se cuenta con el Talento humano: cuatro psicólogos y 3 Trabajadores Sociales, los cuales hacen intervención priorizada a urgencias y seguimiento a la población con sufrimiento psíquico y social. Se realiza atención de la población con sufrimiento psíquico en urgencias con apoyo del equipo psicosocial (psicología y Trabajo Social) bajo la atención de las patologías priorizadas en salud mental.

Indicador N° 3 Gestantes que ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de gestación. En el plan de desarrollo institucional se determinó que el indicador a cumplir para el año 2023 es: captación de gestantes antes de la semana 12 del embarazo mayor o igual al 85%.

Formula

Numerador	Número mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal a más tardar la semana 12 de gestación	73	60%
Denominador	Total de Gestantes identificadas	121	

Este indicador no logró su cumplimiento y tiene un resultado de un 60%. Se realiza articulación con el proceso de apoyo diagnóstico, en el cual se identifica las pruebas en el 1er periodo. La estrategia para buscar la captación temprana antes de la semana 12 no está dando los resultados esperados se debe buscar nuevos mecanismos para poder acercarnos a los valores de la meta.

Indicador N° 4 Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año con el esquema completo de vacunación PAI por biológico.

De conformidad con el plan de desarrollo institucional, el indicador planteado a cumplir para el año 2023 es mayor o igual al 95% de niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo para su edad.

Formula			
Numerador	Número de niños con esquema de vacunación completo para la edad	142	95%
Denominador	Población menor de 1 año x 100%	150	

Este indicador logro su cumplimiento del 100%, para este indicador se planteó tener una cobertura del 95%, de la aplicación de los biológicos, por lo tanto, se realiza participación en las jornadas nacionales de vacunación en cada una de las IPS, se realizan campañas de promoción para la participación ciudadana. Para el cumplimiento en la cobertura de vacunación para la población menor en el 1er trimestre se aplicó con base en el biológico trazador para la edad (3 dosis de penta), lo que nos muestra que la cobertura está por encima de lo proyectado para los niños menores de un año

Indicador N° 5 Proporción de tratamientos terminados tuberculosis

En el plan de desarrollo institucional se estableció el indicador a alcanzar es de un 40% de pacientes con tratamiento terminado.

Durante el 1er trimestre se ha realizado la entrega de medicamentos algunos de los pacientes priorizados en su domicilio, además durante el 1er trimestre se realiza el seguimiento en los formatos establecidos de todos los pacientes con Dx. De Tb en el 1er y 2do ciclo. Este indicador se mide de manera semestral, por lo tanto está pendiente de su medición en el siguiente trimestre.

Indicador N° 6 Razón de Mortalidad Materna

En el plan de desarrollo institucional se determinó que para el año 2023 el número de muertes maternas por causas evitables debe ser igual a cero al momento no se ha presentado muertes maternas en este 1er trimestre del 2023.

Formula			
Numerador	Número de muertes maternas por causas evitables.	0	100%

	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

Denominador	Total de Gestantes identificadas	121	
-------------	----------------------------------	-----	--

Indicador N° 7 Tasa específica de Fecundidad en población adolescente de 10 a 19 años
En el plan de desarrollo institucional se determinó que el indicador esperado para el año 2023 con respecto al número de embarazos en adolescentes debía ser menor o igual a 35.

Formula			
Numerador	Numero de madres en estado de fecundidad en población adolescente de 10 a 19 años que terminados	11	0,004
Denominador	Total de población adolescente de 10 a 19 años inscritas en el programa	2662	

Teniendo en cuenta que la meta es del 35, el resultado de esta vigencia de la vigencia fue de 0,004 se determina que este indicador se cumple, ya que no supera lo estipulado establecido en el PDI. Para el 1er trimestre del 2023 se tiene un porcentaje de 9% en adolescentes con condición de gestación del total de gestantes, se realiza acciones por parte del programa joven para mitigar los embarazos adolescentes.

Indicador N° 8 Incidencia de Sífilis Congénita

En el plan de desarrollo institucional se establece que para la vigencia 2023 el número de casos de recién nacidos con sífilis congénita debe ser igual a cero, la Red de Salud Suroriente E.S.E. no presenta casos de recién nacidos con sífilis congénita al momento del parto, por lo cual se determina que el indicador si cumple.

Formula			
Numerador	Numero de Recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en la población atendida por la ESE en la vigencia	0	0%

	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

Denominador	Total de Gestantes identificadas	121	
-------------	----------------------------------	-----	--

Este indicador cumple la meta de 0 casos de Sífilis nacidos en la ESE. Durante este 1er trimestre la ESE ha tenido 12 gestantes con Dx. De Sífilis gestacional, a los cuales se les ha realizado seguimiento y tratamiento.

Meta N° 2: Fortalecer, sensibilizar e incentivar la seguridad del paciente para la prevención de los eventos adversos y la participación de un grupo multidisciplinario que promueva análisis y gestión en la prevención de las acciones inseguras.

Para realizar el seguimiento de cumplimiento a esta meta se planteó 1 indicador:

Indicador N° 9 Índice de eventos adversos. Proporción de eventos adversos gestionados de conformidad con el plan de desarrollo institucional se determinó que el indicador para el año 2023 de eventos adversos gestionados debía ser mayor o igual al 90%

Formula			
Numerador	No. Total de Eventos Adversos gestionados	0	100%
Denominador	No. Total de Eventos Adversos gestionados	0	

Este indicador se cumple al 100% ya que no se presentaron eventos adversos, se realizan jornadas de prácticas seguras en las 4 IPS, de manera presencial con rondas de seguridad en las 4 IPS de la Red la tercera semana del mes, no se han reportado eventos adversos, sin embargo, se han presentado 5 incidentes en el 1er trimestre.

Meta N° 3: Fortalecer en un 90% la prestación de servicios de salud enfocados en el modelo vigente de APS. Para el seguimiento del cumplimiento de esta meta se estableció 1 indicador.

Indicador N° 10 Modelo de atención primaria implementado

Este indicador se cumple al 96%, en el plan de desarrollo institucional se determinó que el indicador el modelo de atención primaria en salud debía ser del 90%.

- Realizar seguimiento a la población asignada de primera infancia
- Garantizar el Talento humano disponible para el servicio

ACTA REUNION

- La Red de Salud del suroriente cuenta con la capacidad instalada, sin embargo, se aclara que la IPS Centro de Salud Antonio Nariño se encuentra con la atención de los servicios parcializados.
- En la actualidad la Red cuenta con 25 servicios funcionales de los 26 servicios habilitados.

Meta N° 4: Fortalecer el procedimiento de atención al usuario velando por dar respuestas que garanticen el acompañamiento, la integralidad de la atención, accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad y calidez; para el seguimiento, del cumplimiento de esta meta se estableció 1 indicador:

Indicador N° 11 Tasa de satisfacción global

De conformidad con el plan de desarrollo institucional se determinó que el indicador de satisfacción global para el año 2023 era de 90%:

Formula			
Numerador	Total de usuarios satisfechos	572	95%
Denominador	Total de usuarios encuestados	601	

Este indicador se cumple con el 95%, la medición de la satisfacción de los usuarios durante en el 1er trimestre de 2023, se aplicaron un total de doscientas (601) encuestas, de los cuales 572 presentan una satisfacción global del 95%.

Meta N° 5 Mantener por encima del 90% el cumplimiento de las acciones de la Política de humanización.

Indicador N° 12 Proporción de usuarios satisfechos

En este indicador se está realizando acciones de humanización y su implementación, realizando actividades por lo tanto, este indicador se cumple al 100%,

Formula			
Numerador	Total de usuarios satisfechos	572	100%
Denominador	Total de usuarios encuestados	601	

Línea estratégica: Sostenibilidad Financiera

La línea estratégica comprende 5 estrategias y para el seguimiento de su cumplimiento se establecieron 5 indicadores de los cuales se logró resultados positivos en 3, para un cumplimiento de la línea estratégica del 60%

Meta N° 6: Lograr captar el 50% de usuarios que no estén asegurados en la comuna 16

Indicador N° 13: Porcentajes de usuarios afiliados

En relación con el PDI se determinó afiliar 500 usuarios que no estén asegurados en la comuna 16, el cual debe ser >50% a la meta.

Formula			
Numerador	Número de usuarios afiliados de la comuna 16	425	340%
Denominador	Valor de 500	125	

En el 1er trimestre del 2023 se realizaron 425 afiliaciones las cuales corresponde al 48% de la EAPB Coosalud, seguido de un 46% a la EAPB Emssanar y un 6% a la EAPB Asmetsalud, se evidencia una disminución en el número de afiliaciones con respecto al 1er trimestre del 2021. sin embargo, se ha venido realizando acciones de afiliación estableciendo un espacio para consulta con Sisben y Emssanar al interior del hospital Carlos Carmona Montoya. El indicador se cumplió en un 340%, por lo tanto, se cumple el indicador.

Meta No. 7: Eficiencia del 60% en la facturación:

Indicador N° 14: Facturación por Evento mínimo el 60% de la vigencia anterior

Para el cumplimiento de esta meta en el plan de desarrollo institucional 2022 el indicador debe ser mayor o igual al 60%

Formula			
Numerador	Total facturado evento vigencia 2022	\$149.775.294	47%
Denominador	Total facturado evento vigencia 2021	\$320.107.632	

Durante la vigencia 2023, el indicador alcanzo el 46,8%, sin embargo, no se ha alcanzó la meta, se evidencia que se hace una medición periódica de los indicadores: Facturación SOAT 2022 v/s

2023, Facturación particular 2022v/s2023, Facturación evento, Subsidiado 2022 v/s 2023, Facturación evento contributivo 2022 v/s 2023, Facturación cápita 2022 v/s 2023.

Meta No. 8: Tener el 85% de nivel de Competencias con nuestros facturadores

Indicador N° 15: Gestores de servicios capacitados

Para el cumplimiento de la siguiente meta se estableció que mayor o igual del 85% de facturadores los cuales deben estar capacitados.

Formula			
Numerador	Total facturadores capacitados	7	100%
Denominador	Total facturadores capacitados	7	

Este indicador cumple la meta en el 100%, Se realiza inducción al personal de ingreso nuevo con temas puntuales para el puesto asignado. Se realiza retroalimentación en las reuniones mensuales con el personal de facturación. (7 participantes).

Meta No. 9: Tener el 30% de cumplimiento en nuestra política de austeridad

Indicador N° 16: Estrategias de contención del gasto implementado

Para el cumplimiento de este indicador en el Plan de Desarrollo se estimó una meta del 30%

Formula			
Numerador	Cumplimiento de actividades para contención del costo	2	67%
Denominador	Total de actividades propuestas para contención del costo x 100%	3	

Este indicador cumple la meta por encima de la meta del 30% y se cumple con un 67%, se logra una reducción en los gastos de servicio personal indirectos en \$219,000,000. Los gastos de materiales y suministros se han incrementado en \$49,000.000 durante el 1er trimestre, lo que significa que se debe hacer una contención en el siguiente trimestre, se destaca que hay una empresa de recolección de reciclaje y una disminución del gasto en papelería por \$800.000

Meta N° 10 Mantener un equilibrio presupuestal

Indicador N° 17 Equilibrio Presupuestal vs Recaudo, con relación a este indicador la meta de cumplimiento es de 1, sobre el recaudo.

Formula			
Numerador	Valor ejecución ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudos de CxC de vigencias anteriores)	\$3.798.123.294	1,11
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores	\$4.219.826.190	

Se evidencia que el indicador de equilibrio presupuestal se logró el cumplimiento del 1.11, alcanzando la meta por encima de 1

Línea estratégica: Competitividad

La línea estratégica de competitividad cuenta con 3 metas y 4 indicadores para la medición de su cumplimiento los cuales todos se lograron con un cumplimiento de la línea estratégica del 100%, se realiza seguimiento a las actividades de forma mensual para poder cumplir con la facturación esperada durante cada periodo de facturación.

Meta N° 11: Tener estrategias que permitan el desarrollo sostenible de distintas iniciativas de proyectos para la E.S.E Sur Oriente en un 80%

Indicador N° 18: Informe de Análisis de Mercado. Portafolio de servicios 90% socializado. Para el cumplimiento de este indicador en el Plan de Desarrollo se estimó una meta del ≥90%

Formula			
Numerador	Actividades Ejecutadas de socialización del portafolio	2	100%
Denominador	Actividades planeadas de socialización del portafolio x 100 %	2	

Este indicador se cumple con un 100% de la meta, se realizan 2 campañas de socialización del portafolio de servicios de la Red de Salud del Suroriente, en las pantallas de la sala de espera y a través de las redes sociales de la Red.

Indicador N° 19 Cumplimiento de estrategia de Hospital Verde

En este indicador se estableció en el plan de desarrollo institucional una meta del mayor o igual del 50%.

Formula			
Numerador	Número de actividades gestionadas	3	100%
Denominador	Número de actividades planificadas para la estrategia de hospital verde x 100 %	3	

Este indicador se cumple al 100% de la meta, al momento se están llevando a cabo los comités con la generación de informes de acuerdo a lo establecido.

Meta No. 12: Tener proyectos competitivos y sostenibles que contribuyan al desarrollo de la E.S.E Suroriente en un 20%, se realiza un seguimiento a la programación al plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud (PGIRASA).

Indicador N° 20: Proporción ejecución del banco de proyectos

Formula			
Numerador	No. De proyectos ejecutados	0	0%
Denominador	No. Total de proyectos inscritos en el banco de proyectos	2	

Este indicador no se cumplió en el 1er trimestre, sin embargo, se continua con el seguimiento al banco de proyectos (plan bienal, proyecto remodelación Centro de Salud Antonio Nariño), en el primer trimestre se planifica las necesidades de los equipos biomédicos y otros elementos que requiere el área asistencial.

Meta No. 13 Tener una comunicación pertinente, segura y eficiente en cada uno de los servicios prestados, dirigidos a los usuarios en un 90%.

Para realizar la medición del cumplimiento de esta meta se estableció el siguiente indicador:

Indicador N° 21: Proporción de encuestas realizadas de necesidades de comunicación de la comunidad

Formula			
Numerador	Total de usuarios satisfechos	572	100%
Denominador	Total de usuarios encuestados	601	

Se alcanza la meta del indicador en un 100%, se continua con las campañas comunicativas en las carteleras de las 4 IPS de toda la Red de Salud del Suroriente, en la cual se socializa los resultados de la satisfacción de los usuarios.

Línea estratégica: Innovación

La línea estratégica cuenta con 2 metas y 4 indicadores de medición los cuales se lograron, por lo cual la línea estratégica se cumplió en un 100%

Meta N° 14: Modernizar y rediseñar la organización permitiendo la sostenibilidad financiera, Desarrollo técnico-científico, de planta física y el desarrollo social en un 80%. Para realizar el seguimiento de cumplimiento de esta meta se estableció el siguiente indicador:

Indicador N° 22: Proporción de cumplimiento del plan de acción, para el cumplimiento se estableció una meta mayor o igual del 80%.

Formula			
Numerador	Numero de Proporción de cumplimiento del plan de acción	2	100%
Denominador	Sobre el total del cumplimiento de las acciones	2	

Se cumplio con el indicador del 100% Se ha presentado un rescalonamiento con respecto al agendamiento de las citas por whatsapp, las cuales presentan un numero de solicitud entre 50 a 120 solicitudes diarias, se ha venido realizando acciones en el desarrollo audiovisual constante con acciones informativas.

Meta No. 15, Diseñar entornos que fomenten la innovación organizacional, tecnológica y de servicios en un 90%

Indicador N° 23: Entornos innovadores

Formula			
Numerador	Número de actividades ejecutadas	3	100%
Denominador	Número de actividades planificadas x 100%	3	

Se cumple con el 100% del indicador cumpliendo la meta, en relación a entornos innovadores se establecieron 3 actividades:

- Se ha venido realizando la portabilidad del soporte continuo y constante de la información pública a través de la página web o por redes sociales.
- Se ha realizado la migración del lenguaje de programación para el aplicativo ACPM e indicadores.
- Se encuentra el componente de infraestructura física y desarrollo.

Formula			
Numerador	Número de procesos ejecutados	1	100%
Denominador	Número de procesos planificadas x 100%	1	

Se ha venido realizando la migración de los monolitos de gestión independiente, lo cual va permitir el desarrollo para la Red.

• LÍNEA ESTRATÉGICA: ACREDITACIÓN

La línea estratégica de acreditación cuenta con 8 metas y 8 indicadores de seguimiento para la medición de su cumplimiento, de las cuales se lograron de 4 metas.

Meta N° 16: Lograr que el 95% de los colaboradores de la ESE estén capacitados en temas de acreditación en salud.

Indicador N° 24: Colaboradores capacitados, la meta propuesta en el PDI es de 95%

Formula			
Numerador	Numero de colaboradores capacitados en temas de acreditación	22	9%
Denominador	Total de colaboradores de la ESE.	240	

No se cumple con el indicador, en el mes de enero del 2023 se estableció el documento de Plan institucional de formación y capacitación, el cual se cargó en la página institucional en 4.3 Planeación Institucional/Plan institucional de capacitación-PIC 2023, se realiza una serie de capacitaciones a los líderes de proceso en el mes de febrero, socializando a los líderes de procesos a control y mejora, misionales y de apoyo, los aspectos relacionados con el cronograma de habilitación, autoevaluación y los estándares de acreditación al igual que el cronograma de acreditación 2023.

Meta N° 17 Un responsable asignado para desarrollar los componentes en la E.S.E.

Indicador N° 25: Responsable asignado

Este indicador se cumple, siendo el responsable asignado por la gerencia para acreditación en salud del nivel directivo es la Dra. Sandra Isabel Cardona Echeverry - Sub gerente científica de la E.S.E. Y quien realizará el apoyo y acompañamiento a este proceso será el equipo de control y mejora

Meta N° 18 Lograr el 90% de cumplimiento de los planes de acción priorizados de la autoevaluación.

Indicador N° 26: Cumplimiento de los planes de acción

Esta actividad se encuentra programada a partir del mes de julio del presente año.

Indicador N° 27 Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidad no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Según el cronograma de Acreditación para la vigencia 2023 esta actividad se realizará a partir del mes de octubre del 2023.

Meta N° 20: Alcanzar el cumplimiento del 90% del cronograma para aplicación de la autoevaluación en el cuatrenio.

	CONTROL & MEJORA ACTA REUNION	 
--	---	---

Indicador N° 28 Cumplimiento al cronograma establecido, y cuya meta establecida en el PDI es de 90%, se estableció cronograma de acreditación para la vigencia 2023

Formula			
Numerador	Numero de sesiones del cronograma cumplidas	7	90%
Denominador	Total de sesiones definidas en el cronograma	7	

Se cumple con este indicador con un cumplimiento del 100%, Continúa el seguimiento del cronograma de acreditación el cual tenía programado 7 ítem.

Meta N° 21: Responsable asignado para desarrollar los componentes de humanización en la E.S.E.

Indicador N° 29 Responsable asignado

La Red de Salud del Suroriente cuenta, con un responsable para la política de humanización, quien al momento debe actualizar la política de humanización y realizar acciones encaminadas hacia los colaboradores.

Meta N° 22: Gestión mínimo el 90% de los Eventos adversos reportados

Indicador N° 30 Proporción de vigilancia de Eventos adversos, cuya meta está establecida en el Plan de Desarrollo Institucional es del 90%.

Formula			
Numerador	Número de eventos adversos gestionados	0	100%
Denominador	Total de eventos adversos reportados en la vigencia x 100%	0	

Durante el 1er trimestre se definió el plan de trabajo del programa de seguridad del paciente 2022, el cronograma del plan de capacitaciones y rondas de seguridad. Se creó el aplicativo para el reporte de fallas en la atención con el área de sistemas. Se realizó el análisis de todos los casos reportados o identificados por búsqueda activa en el comité de seguridad del paciente, al momento no reportes de fallas en la atención del paciente (0).

Meta N° 23: Implementar el 90% del Programa de Seguridad del paciente en los servicios

Indicador N° 31 Proporción del cumplimiento programa de seguridad del paciente

Formula

Numerador	Número de actividades ejecutadas	20	65%
Denominador	Número de actividades planificadas para la vigencia x 100%	31	

Se ejecutó el plan de trabajo en un 65%, por lo tanto, no se cumplió con el indicador, se está ejecutó el plan de capacitaciones, junto a las rondas de seguridad, la medición de adherencia, los indicadores, los comités. Etc De manera trimestral se presenta informe de gestión del programa de seguridad del paciente. Se crearon las listas de chequeo de adherencia a las practicas seguras a través de formulario de DRIVE, al momento no se logró la meta de este indicador.

Conclusiones

A nivel general se obtuvo un cumplimiento medianamente satisfactorio para la vigencia 2023 del Plan de Desarrollo el cual se despliega en el Plan Operativo Anual.

Los indicadores que no cumplieron las metas fueron:

Modelo de atención: Gestantes que ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de gestación.

Sostenibilidad financiera: facturación por evento mínimo el 60% de la vigencia anterior, equilibrio presupuestal vs recaudo.

Competitividad: Proporción ejecución del banco de proyectos.

Acreditación: Colaboradores capacitados y la proporción del cumplimiento programa de seguridad del paciente

Estrategias para seguir implementando en la vigencia 2023 en el cumplimiento efectivo del Plan de Desarrollo Institucional.

- ✓ La Red de Salud del Suroriente en cabeza del señor gerente Dr. Carlos Arizabaleta continuará con el enfoque de acreditación realizando autoevaluación y formulando la ruta crítica del PAMEC en el 2023.
- ✓ Se realiza alianzas estratégicas con instituciones (Secretaria de Salud Distrital, EAPB, Sisben) para aumentar las afiliaciones de la población no asegurada para la presentación de los servicios de salud.
- ✓ Continuar con el fortaleciendo la estrategia en territorio de APS en la comuna 16 y sectores aledaños.
- ✓ Continuar con la gestión de la reposición estructural de la infraestructura física del Centro de Salud Antonio Nariño, renovación tecnología (equipos biomédicos).

1. INFORMES DE GESTIÓN

a. Proceso de Direccionamiento

PLANEACIÓN

Se socializa los siguientes planes anticorrupción, seguimiento al mapa de riesgos, plan de gerentes, indicador de eficiencia y seguimiento al plan de auditorías.

Plan anticorrupción

Se socializa el plan anticorrupción el cual debe ser ejecutado para la vigencia 2023, este plan se socializó a los líderes de proceso vía mail y se hace

Gestión del Riesgo de Corrupción: Política de Administración de riesgos, Construcción del mapa de Riesgos de Corrupción, Consulta y divulgación, Monitoreo y Revisión, Seguimiento.

Racionalización de trámites.

Identificación de trámites, Priorización de trámites, Racionalización de trámites, Interoperabilidad.

Rendición de cuentas: Información de Calidad y Lenguaje Comprensible, Dialogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones, Responsabilidad.

Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano: Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico, Fortalecimiento de los canales de atención, Talento Humano, Normativo y procedimental, Relacionamiento con el Ciudadano.

Iniciativas adicionales: Integridad y Conflicto de Intereses.

Componente	Acción programada 1er trimestre
Gestión del Riesgo de Corrupción	3
Racionalización de trámites.	0
Rendición de cuentas	5
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	2
Mecanismos para la transparencia y acceso a la Información.	7
Iniciativas adicionales	1
Total	18

El objetivo del plan anticorrupción es lograr disminuir actos de corrupción, el cual presenta 5 componentes y 18 sub componentes y se puede consultar en la página web/transparencia

Seguimiento al mapa de riesgos

Se realiza seguimiento al mapa de riesgos relacionado con el segundo cuatrimestre, se

Riesgo por proceso	No. De riesgos	Materializados	Riesgos no iniciados
Direccionamiento	5	-	1
Gestión del talento humano	7	-	2
Control y mejora	5	1	-
Promoción y mantenimiento de la salud	4	2	2
Atención hospitalaria	5	-	4
Atención ambulatoria	5	-	1
Apoyo diagnostico	5	1	-
Gestión al usuario	3	1	-
Gestión financiera	6		1
Gestión Jurídica	6	1	-
Bienes y servicios	5		-
Gestión del ambiente físico	5		1
Gestión de la información	5	1	4
Total	66	7	16

Se realiza segundo seguimiento al mapa de riesgos, en el cual se encuentran 7 riesgos de los cuales se han materializado, 18 planes de acción y 16 riesgos no se han iniciado, se tiene pendiente el próximo seguimiento 3er cuatrimestre (marzo a junio).

Plan de gerentes

Área de Gestión	N°	INDICADOR	2023	CALIFICACIÓN 2023	PONDERADO SEGÚN RESOLUCIÓN 408	RESULTADO PONDERADO 2023
Dirección y Gerencia	1	MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD		-	0,05	
	2	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA DE PAMEC		-	0,05	

ACTA REUNION

	3	GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	0,75	5	0,20	0,60
Financiera y Administrativa	4	RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	Riesgo medio	0	0,08	0,00
	5	EVOLUCION DEL GASTO POR UVR PRODUCIDA:		-	-	
	6	PROPORCIÓN DE M Y MMQ ADQUIRIDOS				
	7	MONTO DE LA DEUDA POR SALARIOS	0	5	0,08	0,50
	8	UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS		-	-	
	9	RESULTADO EQUILIBRIO PPTAL CON RECAUDO	0,88	1	0,08	0,10
	10	OPORTUNIDAD CIRCULAR UNICA	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,08	0,50
	11	OPORTUNIDAD REPORTE 2193-	-	-		
Clínica o Asistencial	12	GESTANTES ANTES DE LA SEMANA 12.	0,64	3	0,08	0,24
	13	SIFILIS CONGENITA EN POBLACION ATENDIDA EN LA ESE	0	5	0,08	0,4
	14	EVALUACION DE GUIA HTA	0,94	5	0,07	0,35
	15	EVALUACION GUIA DE MANEJO DE CYD	0,98	5	0,06	0,30
	16	REINGRESOS SERVICIO DE URGENCIAS	0,0	0-	0,05	0,25
	17	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION MEDICA GENERAL	1,8	5	0,06	0,30
Calificación 2023						3,54

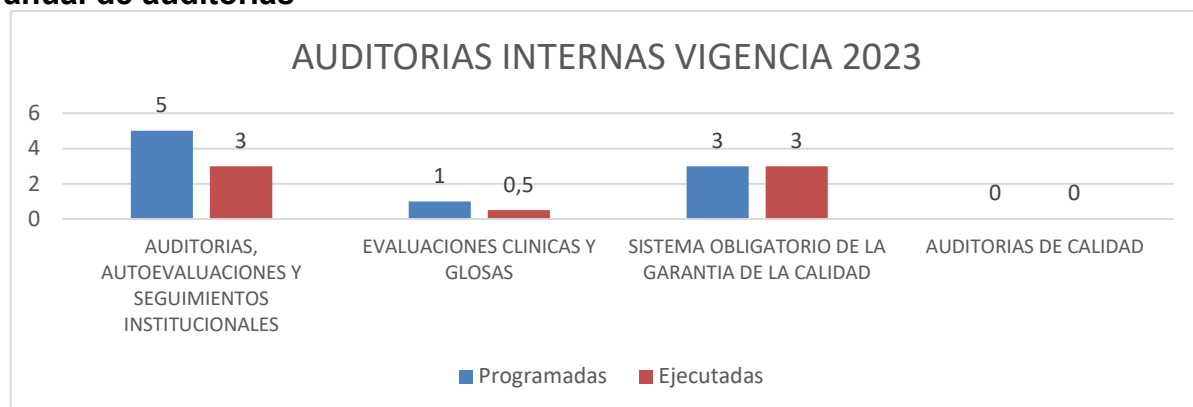
El plan de gerentes se encuentra en 3.54, sin embargo, algunos ítem no se calificaron ya que se califican en los próximos trimestres.

Indicador de eficiencia

Proceso	Cumplimiento	Programadas	%
PROMOCION Y PREVENCION	3	20	15
ATENCION AMBULATORIA	8	11	73
ATENCION HOSPITALARIA *	2	3	67
APOYO DIAGNOSTICO	9	12	75
AUDITORIA MEDICA	2	2	100
MEDICAMENTOS y DISPOSITIVOS	4	6	67
GESTION INFORMACION	2	3	67
TALENTO HUMANO	2	3	67
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	1	3	33
GESTION FINANCIERA	9	13	69
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	3	3	100
GESTION USUARIO	2	2	100
CONTROL Y MEJORA	11	12	92
GESTION JURIDICA	2	2	100
Total	60	95	73

Se realiza seguimiento a los 95 indicadores, de los cuales se cumplió el 73% de los indicadores, por directriz de gerencia esta debe reportarse en la 2da semana de cada mes, aun se presenta inconsistencia del dato que se reporta.

Plan anual de auditorias



	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

Para este trimestre se han programan 9 auditorías las cuales se ejecutan 7 auditorías, se alcanza un cumplimiento del 78%, Se reprograman 2 auditorias

Se realiza recordatorio de la política de administración del riesgo, la vigencia del mapa de riesgos, quien realiza el monitoreo y seguimiento, se informa que la función pública actualizó la metodología por lo tanto se debe actualizar el mapa de riesgos. Se informa que la secretaria de salud va a realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de gerentes.

Líderes asistenciales manifiestan calidad del dato problemas con RFAT cargue de información por donde se ingrese sale información diferente, el estadístico va a generar la información por una única ruta. Hay barreras administrativas con facturación para obtener mejores resultados en productividad. La dra. Sandra presenta caso de un menor de hospitalización que presuntamente presento barreras administrativas, se debe reportar el incidente para análisis por seguridad del paciente. Reporte en seguridad del paciente: todos deben de reportar todos los procesos deben de tener su lista de chequeo de los no conformes e identificar internamente cada proceso, y en seguridad del paciente se debe sacar lista de eventos adversos por servicio para socializar con los procesos.

CONTROL INTERNO

La Asesora de Control Interno socializa el Programa anual de auditorías basadas en riesgos – para la vigencia 2023 para su conocimiento y preparación por parte de los líderes de procesos, es importante el suministro oportuno de la información requerida para llevar a cabo los diferentes informes y auditorias para el año 2023. Se tienen programadas tres (3) auditorías a los procesos de Gestión Ambulatoria, Talento Humano y Ayudas Diagnostica, así mismo se presenta los Informes de Ley a rendir, los seguimientos, asesorías y asistencias a realizar para un total de 62 actividades a ejecutar por parte de la oficina de Control Interno.

Ejecución PAA – 1er trimestre 2023

La Dra. Johanna Orejuela – Asesora de control interno presenta los Informes y seguimientos realizados durante el primer trimestre 2023: seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (cuenta anual), sseguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Informe de evaluación a la gestión institucional (Evaluación por dependencias) Informe Control Interno Contable, Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos, Informe Trimestral de austeridad en el gasto, Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno e Informe de derechos de autor software, entre otros.

Recomendaciones como resultados de la ejecución del PAA 2023

PAAC

- Ejecutar las actividades de Racionalización de Tramites

- Mayor divulgación del Código de Integridad
- Elaboración participativa y socialización del PAAC

Evaluación Dependencias

- Seguimiento y control a las metas contratadas con EAPB
- Realizar análisis de causas y documentar ACM de los indicadores que no cumplen constantemente las metas.
- Mejorar la oportunidad del reporte de indicadores e informes por los procesos
- Dar cumplimiento a la Política de Admón. de Riesgos frente a la materialización de los mismos
- Estandarizar el formato de informe de gestión
- Incluir en el ACPM los PM de Acreditación, PAMEC y auditorías externas.

PQRS

- Plan de Mejoramiento individual con profesionales de mayor numero de PQR.
- Verificar la clasificación de PQRS por parte del SIAU.

Cumplimiento del Programa anual de auditorías basadas en riesgos – 2023

Auditorías de Control Interno	Ejecutado 1er Trimestre		
	Ejecutado	Programado	% Cumplimiento
Auditorías de Control Interno	0	0	N/A
Informes de Ley	8	8	100%
Otros roles C.I. (Comités)	5	5	100%
Seguimientos	0	0	N/A
Asesorías y Asistencias Técnicas	0	0	N/A
TOTAL	13	13	100%

PQRS del primer trimestre

Tipo	Cantidad	% relativo
Queja	119	44%
Felicitaciones	89	33%
Sugerencias	44	16%
Peticiones	9	3%
Reclamo	8	3%
Solicitudes	2	1%

	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

	Total	271	100%
--	-------	-----	------

PQRS por IPS

Hospital Carlos Carmona ha presentado 201, Centro de Salud Antonio Nariño 12, Puesto de Salud Unión de Vivienda Popular 12 y Puesto de Salud Mariano Ramos 46.

Características de la calidad por IPS

En el 1er trimestre se evidencia que el hospital Carlos Carmona M. con 91 requerimientos y se destaca la oportunidad, Puesto de Salud Mariano Ramos con 18, requerimientos y se destaca la característica de la calidad la oportunidad, Puesto de Salud Unión de Vivienda Popular con 7 requerimientos y se destaca la oportunidad y el Centro de Salud Antonio Nariño con 3 requerimientos.

El proceso con mayor número de quejas es Atención ambulatoria con 47, seguido de Gestión financiera 38 y apoyo diagnóstico con 9. Por otro lado, el proceso con mayor número de felicitaciones es atención hospitalaria con 40 y ambulatoria con 30 felicitaciones, mientras que el tiempo por respuesta es de 7 días.

Recomendaciones frente al Informe Austeridad en el Gasto

- Replantear Plan de Choque suscrito con Junta Directiva.
- Implementar estrategias para incrementar la facturación por venta de servicios
- Realizar conciliaciones periódicas entre facturación, presupuesto, cartera y contabilidad para mejorar la calidad del dato.
- Tomar acciones que garanticen el cargue total de las dosis aplicadas (Vacunas) de COVID19 tanto en registro diario como PAIWEB.
- Actualizar y socializar política de austeridad en el gasto
- Diseñar estrategias orientadas a la política de cero papel y motivar reciclaje

Ejecución del mapa de riesgos

A nivel general el cumplimiento del mapa de riesgos se encuentra al 15% teniendo en cuenta las acciones finalizadas según los reportes realizados por los líderes de procesos y por planeación, a febrero 2023 el proceso de Control y Mejora tenía pendiente iniciar 6 acciones, Gestión Financiera 3, Promoción y Mantenimiento de la Salud 2, Gestión de la Información 2, Talento Humano 2, Atención Hospitalaria 2 y Ambiente Físico 1. La Asesora de Control Interno realiza especial énfasis a la importancia de cumplir con los planes de acción propuestos en el mapa de riesgos de tal manera que se fortalezca la cultura preventiva y así evitar la materialización de los riesgos.

CALIDAD

El proceso con mayores acciones de mejora sin gestionar es promoción y mantenimiento de la salud con 17 acciones, Gestión de la información con 12 acciones, ambiente físico con 6 acciones y los procesos de A. ambulatoria y A. hospitalaria con 3 acciones.

PROCESO	TOTAL CANTIDAD	SIN GESTIONAR	CON PLAN DE MEJORA	EN IMPLEMENTACION	CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN AMBULATORIA	4	3			1	75%
ATENCION HOSPITALARIA	5	3			1	60%
AYUDAS DIAGNOSTICAS	2	0	2		0	100%
GESTION DEL USUARIO	1	1				100%
PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	17	17			0	0%
DIRECCIONAMIENTO	0				0	100%
CONTROL Y MEJORA	5	2	3		0	60%
GESTION DE LA INFORMACION	13	12			1	8%
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	13	6	2		5	46%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1	1			0	100%
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	1	1			0	100%
GESTION FINANCIERA	5		5		0	100%
JURIDICA	1			1	0	100%
CUENTAS MEDICAS	3	3			0	100%
TOTAL:	71	49	12	1	8	75%

ACPM

En relación acciones preventivas y de mejora los procesos que aún no ha gestionado las acciones de ACPM se encuentran Promoción y mantenimiento de la salud y Gestión de la información.

SEGUIMIENTO A HALLAZGOS ACPM



Mientras que los procesos que se encuentran con menor avance en la gestión documental con gestión de la información con un 30%, seguido de Talento Humano y Control y mejora con un 50%

Lilian manifiesta que ha habido fallas en el aplicativo ACPM que no le ha permitido el cargue de evidencias. Rondas de seguridad se va a depurar la información y consolidar los planes de acción para que no se repitan todos los meses por ejemplo la adquisición de papeleras. Juliana solicita mejorar la redacción de los hallazgos de tal manera que no se indique que se debe hacer sino el hallazgo concreto así mismo hacer concientización en 5S (Responsable ambiental y calidad). Leidy de ambiental informa q hay algunos hallazgos q no le corresponde, debe solicitar a calidad que revise justificando porque no son de ellos.

Acreditación y habilitación

Se encuentra a momento en la ruta para acreditar de la Red de Salud del Suroriente E.S.E. la autoevaluación y el informe de autoevaluación.

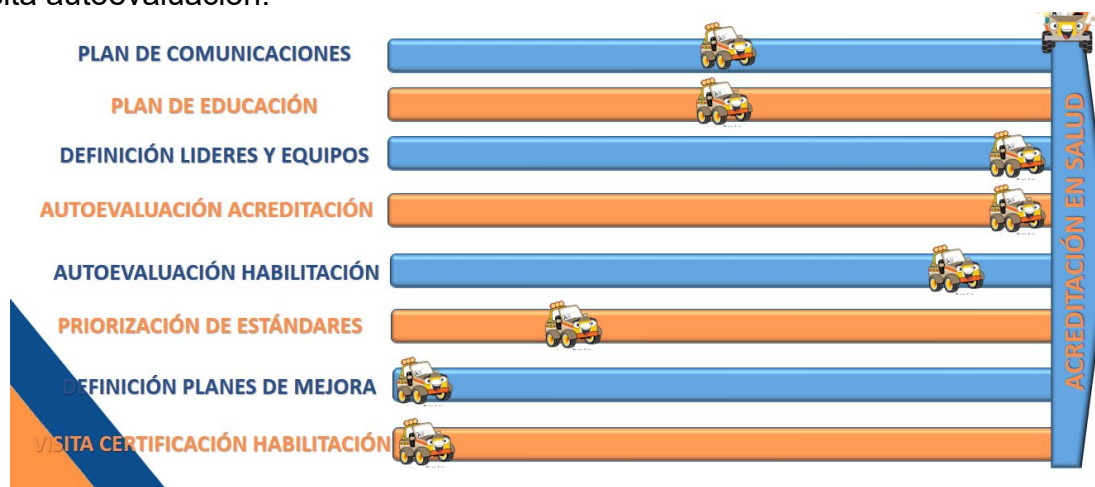
Grupo	Calificación
PACAS	3.5
DIRECCIONAMIENTO	3.6
GERENCIA	3.5
TALENTO HUMANO	3.0
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	3.0
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	3.1
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	2.9
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.3
Total	3.4

Se socializa el cronograma de habilitación y acreditación el cual en el primer trimestre se encuentra al día quedando pendiente la solicitud de la visita de habilitación ante el ente habilitador.

ACTA REUNION

Fecha de elaboración: Enero 2023		CRONOGRAMA DE TRABAJO CICLO PREPARACIÓN ACREDITACIÓN 2023											
Periodo de Implementación: Enero a Diciembre 2023													
No.	ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Desarrollo plan de comunicaciones												
2	Desarrollo plan educativo organizacional												
3	Establecimiento del equipo de planeación de acreditación												
4	Establecimiento del recurso logísticos												
5	Selección y organización de los grupos de autoevaluación de estándares												
6	Concientización-educación a evaluadores de estándares incluyendo resolución 1328/2021												
9	Autoevaluación diagnóstica habilitación 3100												
11	Priorización de estándares evaluados												
12	Definir plan de mejora de acreditación (Pamec)												
13	Evaluar el plan de mejora, de educación y comunicación de la acreditación												
14	Presentación final de cada equipo												
15	Paciente trazador y auditorías periódicas												
16	Consolidación informe final												
17	Presentación del informe consolidado del diagnóstico a la gerencia												
18	Planeación de autoevaluación (cronograma de autoevaluación de estándares de acreditación, código F-CM-GC-050), incluyendo resolución 1328/2021												
19	Autoevaluación acreditación												
20	Iniciar preparación de documentos de solicitud												
21	Solicitar visita Habilitación												
22	Enviar solicitud de visita de Acreditación												
23	Respuesta a la solicitud de visita de Acreditación												
24	Visita Organigrama												

Además, se informa el estado del plan de comunicaciones, el plan de educación, la definición de los equipos, la autoevaluación de habilitación, sin embargo, está pendiente los planes de mejora ya la visita autoevaluación.



Por ultimo se expone el estado del proceso de autoevaluación de habilitación, se encuentran los procesos prioritarios y la interdependencia de servicios los cuales se encuentran al 25%

ACTA REUNION

ESTANDAR/ ESTADO AUTOEVALUACIÓN	1%	25%	50%	75%	100%
	PLANEACIÓN AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN EN CAMPO	INFORME DE AUTOEVALUACIÓN	PRIORIZACIÓN DE HALLAZGOS	PLAN DE ACCIÓN
TALENTO HUMANO					
INFRAESTRUCTURA					
DOTACIÓN					
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS					
PROCESOS PRIORITARIOS					
HISTORIAS CLÍNICAS					
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS					

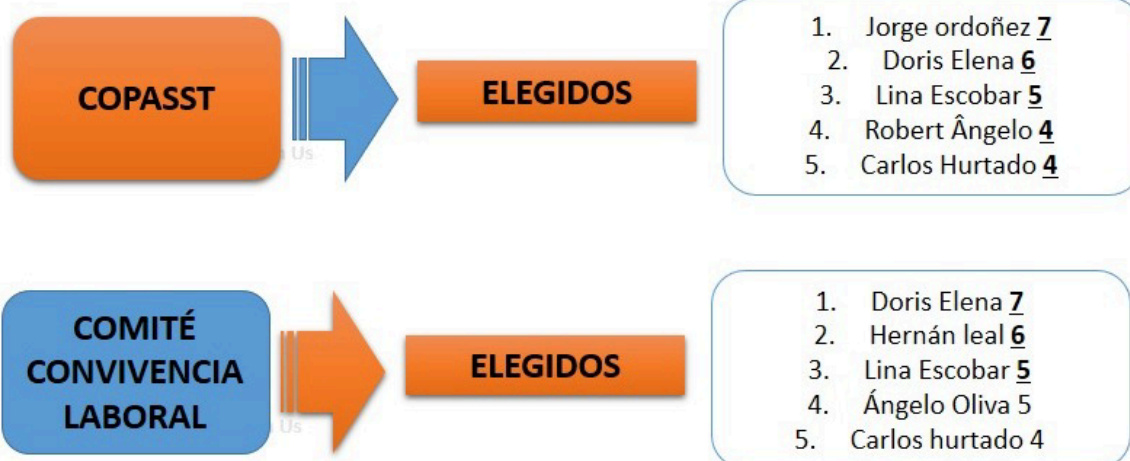
Sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo

Durante el 1er trimestre no se socializo inducción de talento humano, por otro lado, el personal que ingresa a través de Agesoc, se presentaron en el 1er trimestre 49 ingresos y se realizó inducción de SST recibidas por personal de ingreso con un 100% recibió la inducción virtual de SST. Además, se socializó los elementos entregados en diferentes áreas.

ELEMENTO	TOTAL I TRIMESTRE 2022	TOTAL I TRIMESTRE 2023
BATA + PANTALON DESECHABLE Y/O TELA ANTIFLUIDOS	953	430
BATA DESECHABLE Y/O TELA ANTIFLUIDOS	1680	1074
CARETA	2	187
GORRO	1787	854
GUANTES	446	87
MASCARILLA QUIRURGICA	5731	2457
MONOGAFA	0	0
OVEROL DESECHABLE Y/O TELA ANTIFLUIDOS	665	200
POLAINAS	1266	1107
RESPIRADOR N95	299	1183
Total general	12829	7579

Se realiza la identificación de trabajadores que se dedican en forma permanente a actividades de alto riesgo y cotización de pensión especial. Se hace licenciamiento para el equipo odontológico periapical y dosimetría para los servicios de Rx mensual y odontología la cual se hace trimestral.

Se realiza las elecciones de Copasst de planta.



Además, se socializo los integrantes del Copasst de Agesoc para la Vigencia 2022 – 2024, los cuales lo conforman 16 integrantes entre representantes afiliados y los representantes de junta directiva.

AÑO 2023	PLANTA	CONTRATISTA AGESOC	CONTRATOS & PERSONAL
Ingreso	7/7= 100%	I Trimestre I: 49/49= 100%	SD
Egreso	6/6= 100%	I Trimestre I: = 100%	SD
Análisis caso	0	I Trimestre I: 0/0= 100%	SD
Periódicas	0	I Trimestre I 0/0= 100%	SD
Consulta Medica	0	Sin Registro	SD

Durante el 1er trimestre del presente año se han presentado 5 accidente de trabajo. Mientras que las enfermedades osteomusculares se han presentado 3 casos.

Programa Seguridad Del Paciente

Durante el 1er trimestre del 2023, se han reportado 6 casos lo cual presentado un aumento frente al mismo periodo del 2022 el cual fue de 4 casos, incidentes se han presentado 5 casos y eventos adversos 0, mientras se reportó una complicación.

En seguridad del paciente se presentó un caso un caso un caso por caída de pacientes en el servicio de consulta externa.

Tecnovigilancia

El día 21/02/2023 se presenta **integrador químico** sin reacción en autoclave de PSMR, el día 20/01/2023 se utiliza autoclave en odontología de PSUV y se encuentra que el **integrador químico** no reaccionó al proceso de esterilización, sin embargo, esto no es reportado.

Informe Programa Farmacovigilancia

	CONTROL & MEJORA	 
	ACTA REUNION	

Se reportó un evento PRUM en enero por **disponibilidad de medicamentos** por parte del operador logístico farmart dado que se realizó la solicitud del recambio de medicamnto en el kid de abuso sexual. En febrero se reporta un evento PRUM por **disponibilidad de medicamentos** (fenobarbital solución inyectable) por parte del operador logístico (farmart) y en marzo se presentaron 3 eventos **disponibilidad de medicamentos**.

En el primer trimestre se presentó un evento (RAM), en el servicio de urgencias, paciente que posterior a la administración de (metilprednisolona en solución inyectable).

Indicadores de adherencia a prácticas seguras, el cual se resalta que el protocolo de higiene de manos llego a una medición del 62% limpieza y desinfección de dispositivos biomédicos con un 72% y protocolo de limpieza y desinfección de áreas con un 43%

TIPO	META	I TRIMESTRE 2019	I TRIMESTRE 2020	I TRIMESTRE 2021	I TRIMESTRE 2022	I TRIMESTRE 2023
Adherencia a Protocolo de Sonda Vesical Consulta Externa	70%	100%	SD	89%	Sin Medición	Sin Medición
Adherencia a protocolo de sonda vesical hospitalaria	70%	100%	SD	85%	Sin Medición	Sin Medición
Adherencia a Protocolo de Curaciones Consulta Externa	70%			92%	Sin Medición	88%
Adherencia a Protocolo de Curaciones Urgencias	70%			91%	Sin Medición	Sin Medición
Aderência a Protocolo de Venopuncion	70%	94%	SD	91%	Sin Medición	85
Adherencia a Protocolo de Higiene de Mano	60%	49%	30%	78%	Sin Medición	62%
Adherencia a protocolo de bioseguridad	70%				83.8	
Adherencia al Protocolo de Limpieza y Desinfección de Dispositivos Biomédicos	80%	77%	SD	60%	25%	72%
Adherencia de Recolección, Transporte y Lavado de Ropa	80%	58%	SD	No Presento Informe	93	81%
Adherencia al Protocolo de Limpieza y Desinfección de Áreas y Superficies	80%	77%	SD	71%	43.8	43%
Adherencia Al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares	80%	53.7%	SD	51%	Sin Medición	89%
Funcionamiento y operación de los sistemas de almacenamiento de agua potable para el consumo humano	100%	98%	SD	No Presento Informe	N.A	

Por otro lado, el indicador de IAS se encontró en el 1er trimestre la Tasa endometritis Puerperal en parto vaginal no se midió, no se presentaron casos de flebitis, la medición del integrador químico con un 96% y el indicador biológico con una medición del 100%, la medición de Prevención Fuga de Pacientes llego a un 75% y el manejo de medicamentos un 79%, finalmente la adherencia al protocolo de obsolescencia de Insumos y Medicamentos llego a un 95%.

Cobertura por proceso a las practicas seguras por el trimestre 2023, tanto de los procesos misionales como los de apoyo.

PROCESOS MISIONALES

	P&P	AA	AH	ADX	GU	PROMEDIO
Política -Programa Seguridad Paciente	45%	42%	42%	25%	14%	33,6
META N°1: Identificación segura del usuario	50%	48%	27%	20%	14%	31,8
META N°2:Mejorar Comunicación Efectiva	50%	48%	27%	20%	14%	31,8

PROCESOS DIRECCIONAMIENTO - APOYO

	BYS	TH	GI	FIN	GA	J	DI	PROMEDIO
Política -Programa Seguridad Paciente	0%	60%	29%	43%	29%	33%	25%	31,2
META N°1: Identificación segura del usuario	25%	20%	14%	43%	21%	33%	8%	23,4
META N°2:Mejorar Comunicación Efectiva	25%	20%	14%	43%	21%	33%	8%	23,4

Gestión del Riesgo

Se realiza recordatorio de la política de administración del riesgo, la vigencia del mapa de riesgos, quien realiza el monitoreo y seguimiento, se informa que la función pública actualizó la metodología por lo tanto se debe actualizar el mapa de riesgos.

Procesos misionales.

La Dra Sandra Cardona manifiesta que se va ampliar los servicios para el Dx. De Cáncer de cérvix a través de colposcopia, la cual la realizara el Dr. Agudelo, el objetivo es verificar las citologías con resultado anormal y realizar la intervención a través de este procedimiento, al momento está pendiente la parametrización, el último viernes de cada mes se van a valorar, en relación a las ecografías, esta se incrementan los servicios los días sábados, se amplía las horas del nutricionista 4 horas, pediatría en 3 horas y medicina interna en 5 horas, la lectura de las citologías se realizara en el laboratorio Nohemí Cruz y se implementa la Ria Adulto 30 a 60 años, Ria vejez >60 años, se establece un referente de salud mental el Psi. Alejandro Gómez.

Dificultades que se han presentado: continua la alta rotación del personal, se han presentado dificultades con las impresoras y la conectividad del Puesto de Salud Mariano Ramos, se ha presentado debilidad en el proceso de facturación, necesidad de un teléfono para realizar demanda inducida, además falta suplir a 3 médicos en la ruta cardiovascular, atención prioritaria y el programa prenatal.

Gestión al Usuario

Entre los meses de enero a marzo del 2023, los usuarios de la Red de Salud del Suroriente E.S.E, presentaron un total de 152 (PQRSF), de las cuales 57% corresponden a quejas, seguido

de un 32% relacionado con felicitaciones y un 7% con sugerencias, por lo tanto, Comparado con el año 2022, en el 2023 se encuentra una disminución del 12,14% de los requerimientos en el mismo periodo. Sin embargo, en relación con las quejas para este primer trimestre del 2023 hubo un aumento del 44,19% comparado con el mismo periodo en el 2022, contrastado a la disminución del número de felicitaciones en un 44.83% para el mismo periodo.

2023 REQUERIMIENTOS POR TIPOLOGIA	ENE	FEB	MAR	TOTAL
QUEJAS	16	35	35	86
RECLAMOS	0	0	1	1
SUGERENCIAS	2	4	4	10
FELICITACIONES	14	9	25	48
INFORMACIÓN / SOLICITUDES	2	5	0	7
TOTAL	34	53	65	152

La IPS con más quejas es el hospital Carlos Carmona Montoya, por el número de buzones y servicios que presta el hospital con 57% sobre el total de la Red, con relación a las atenciones de la Red estas fueron 117937, frente a 86 quejas lo que corresponde a una tasa del 0,0007. Los atributos de la calidad, estas se ven representadas con un 35% para accesibilidad y un 26% de calidez.

2023 QUEJAS POR ATRIBUTOS DE LA CALIDAD	ENE	FEB	MAR	Total	%
CALIDEZ	5	9	8	22	26%
OPORTUNIDAD	0	7	6	13	15%
ACCESIBILIDAD	8	12	10	30	35%
SEGURIDAD	1	0	1	2	2%
CONTINUIDAD	0	0	0	0	0%
PERTINENCIA	1	6	11	18	21%
TOTAL	15	34	36	85	100%

Con relación a los procesos que presenta un mayor número de quejas por atributo de la calidad en la vigencia Enero a marzo de 2023 los procesos de facturación y cuentas médicas con los atributos de calidez, oportunidad y accesibilidad, para el caso del proceso de ambulatorio los atributos afectados fueron pertinencia, accesibilidad y oportunidad. Durante el primer trimestre no se evidencia traslados de PQRS a otras entidades, el tiempo promedio de respuestas de las PQRS es de 5,3 días.

Encuesta de satisfacción

Para el primer trimestre del 2023 se realizaron un total de 600 encuestas (meses de enero a marzo), por mes la meta es realizar 200 encuestas distribuidas en 60 encuestas para el Hospital Carlos Carmona Montoya, en 60 encuestas para el Puesto de Salud Mariano Ramos, 40

encuestas para Centro de Salud Antonio Nariño y 40 encuestas del Centro de Salud Unión de vivienda Popular.

Año 2023	ENE	FEB	MAR	TOTAL
RESULTADO PREGUNTA ¿Cómo califica la atención? MUY BUENA Y BUENA	93%	96%	97%	95%
RESULTADO PREGUNTA ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?	93%	99%	100%	97%

Frente a los otros valores de la encuesta, estos son los resultados:

Encuesta primer trimestre				
Pregunta	¿Califique su atención en este servicio respecto si fue oportuno?	¿Califique la atención recibida por el personal fue respetuosa?	¿Califique la información que usted recibió fue clara y suficiente?	¿Cómo califica el aseo y presentación de las instalaciones de la ESE
Enero	97%	98%	98%	98%
Febrero	97%	98%	97%	98%
Marzo	98%	98%	98%	96%
Total	97,3%	98%	97,6%	97,3%

Mientras que la medición por cada una de las IPS Hospital Carlos Carmona M. con un 92% de satisfacción, Centro de Salud Antonio Nariño con el 98%, Puesto de Salud Mariano Ramos 97% y Puesto de Salud Unión de Vivienda 95% de la satisfacción.

Aseguramiento: se continua con el compromiso de afiliar a la población vulnerable no asegurada, realizando en el primer trimestre del 2023 en lo que comprende los meses de enero a marzo un total de 450 afiliaciones las cuales corresponde al 48% de la EAPB Coosalud, seguido de un 46% para Emssanar y un 6% Asmetsalud. En comparación con el mismo periodo del 2022 se presentó una disminución en las actividades de aseguramiento.

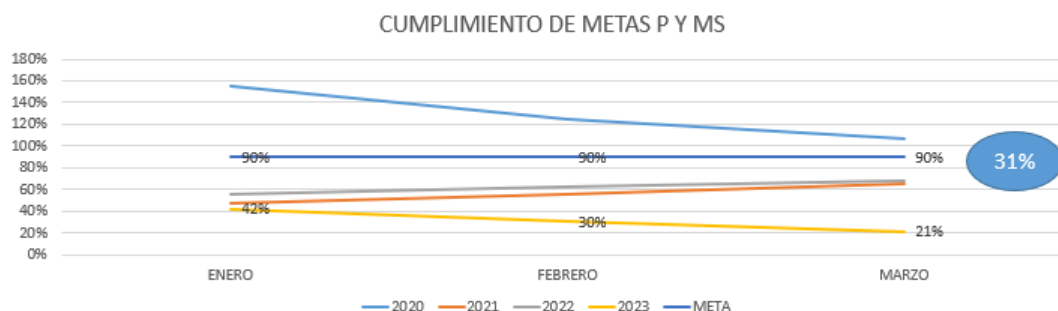
EPS 2023	ENE	FEB	MAR	TOTAL	%
EMSSANAR	89	59	57	205	46%
COOSALUD	69	78	70	217	48%
ASMETSALUD	10	14	4	28	6%
TOTAL	168	151	131	450	100%

Participación social: con relación a la política de participación social durante el 1er trimestre se realizó el cargue del informe del 2022 para el reporte en la plataforma de la Supersalud, y formuló el plan de acción institucional de participación social vigencia 2023 y se empezaron a realizar

acciones de capacitación en enfoque diferencial y humanización a los colaboradores de la Red de Salud del Suroriente E.S.E.

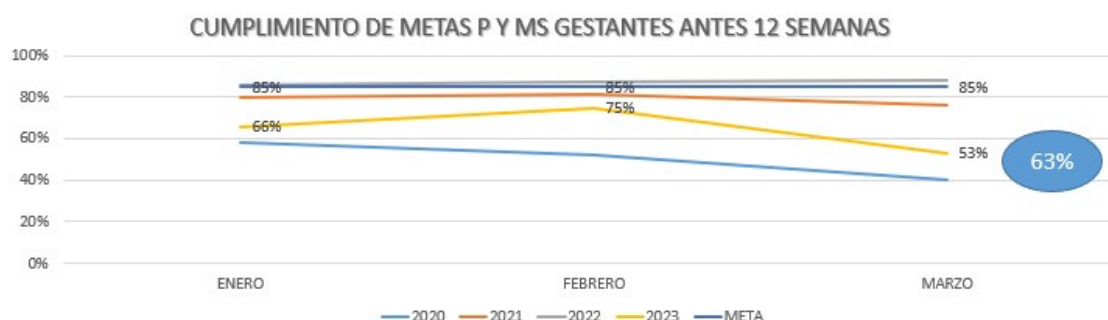
Promoción y mantenimiento de la Salud

Frente al cumplimiento de las metas que deben estar en el 90%, estas solo lograron un cumplimiento del 21%



Se ha cumplido con las metas de las 3 EAPB con las que se tiene convenio (Emssanar, Coosalud y Asmetsalud), sin embargo el cumplimiento de las metas han disminuido frente al año 2022, se evidencia una novedad frente a como se factura ya que estos no lo hacen a la bolsa de las rutas, sino a la movilidad, se evidencia que Emssanar solo cumple la meta del 27% y Coosalud con 33% sobre el total 90%; la compañera Jennifer Solano, manifiesta que se ha venido capacitando al personal de las cajas sin embargo se recomienda leer la resolución 3280.

La Ria materno perinatal solo ha cumplido el 41% de las metas, la meta de captación se encuentra en la semana 12 con el 63%.



Mientras que las gestantes de la semana 10, está en el 56%, el programa de planificación familiar está en el 5%, citología está por debajo del 19%, mientras que la Ria de joven y adolescentes no reporta valor, las metas de vacunación y PAI, si cumplió las metas.

Atención ambulatoria.

Se ha implementado una serie de estrategias como el Chat, para mejorar la productividad frente al año 2022, se ha mejorado la oportunidad de la consulta médica, se han aperturado las agendas los sábados, en este 1er trimestre no se han presentado quejas, la consulta médica de medico familiar ha mejorado frente al 2022, la consulta por nutrición y fisioterapia ha mejorado los

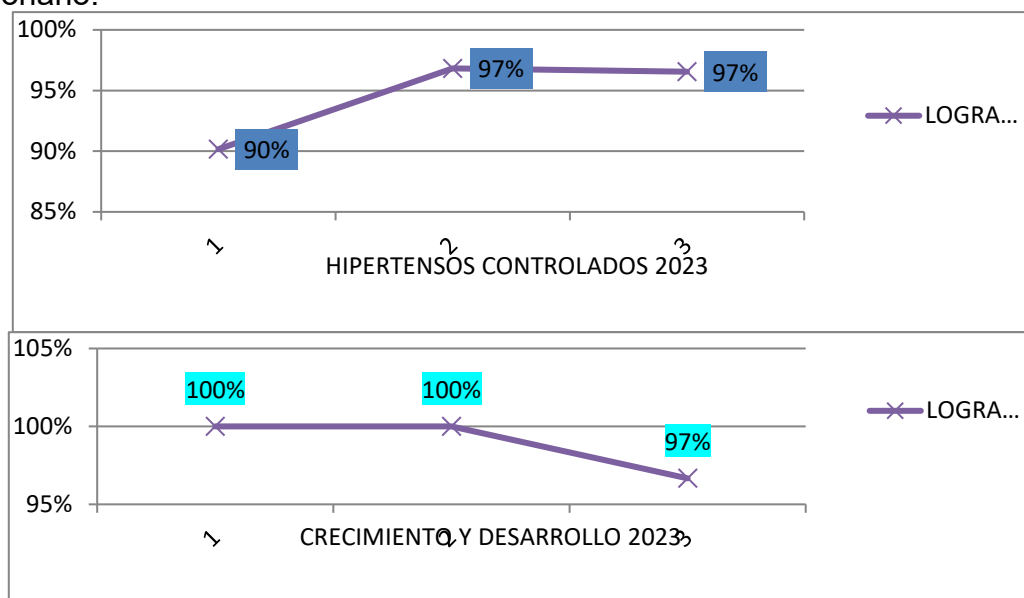
resultados frente al año 2022. El Dr. Hurtado debe de verificar los ítems de la evaluación de la auditoria médica. Juliana informa que presentan fallas continuas en el RFAST en recolección de información y en historias clínicas y aun no se han parametrizado las RIAS, se están perdiendo los consentimientos informados que se suben a RFAS, movimiento de agentes paciente por paciente no se puede en bloque.

Apoyo diagnostico

Se ha implementado agendamiento para laboratorio clínico como estrategia para disminuir la congestión de las filas, el control de calidad externo esta al día, se han recibido felicitaciones del proceso, se ha tenido una productividad de 37.477 en atenciones del laboratorio clínico, se impartió la directriz no solicitar desde el servicio de urgencias hemoglobina glucosilada, el cual se debe de direccionar a la ruta de riesgo cardiovascular (RCV), como logro se ha mejorado el acceso a los servicios de laboratorio clínico, se tiene al momento controles internos y externos mejorando la confiabilidad de los resultados, se ha venido realizando un jueves educativo con temas de interés para el proceso, Se solicita que se realice un nuevo indicador de laboratorio (oportunidad en la entrega de resultados de citología el cual está relacionada con las colposcopias.

Auditorias medica

Se realiza seguimiento de auditoria según la resolución 408, tanto de HT como de CyD, se ha presentado un diligenciamiento del 95% y una pertinencia del 93%, se debe mirar el fallo del porcentaje que falta, se debe de hacer una verificación lo que se factura, para verificar si se pierden medicamentos de control, con relación a la prescripción de fórmulas se tiene un control frente al talonario.



	CONTROL & MEJORA		
	ACTA REUNION		

Después de la evaluación a las historias clínicas según las guías de manejo en cada una de las diferentes patologías que son atendidas en la institución como principales causas de consulta tanto de urgencias como de consulta externa se observa que hemos logrado sostener una buena evaluación superando la meta establecida del 85% para pertinencia en cuanto a la atención de pacientes

Epidemiología

Continúa con la disminución de las atenciones de partos en la E.S.E. por lo tanto se debe de crear una estrategia para mejorar, continua con la mortalidad a nivel cardiovascular (IAM, PCR, ACV) en caso que el paciente ingrese al programa cardiovascular y realice paro cardiorrespiratorio, se considera un evento adverso para el programa, dentro de las primeras causas de consulta en urgencias continua HTA y el dolor abdominal, mientras que en hospitalización IVU y neumonía, en relación a la consulta por odontología es caries.

Se han registrado 120 reportes por Sivigila en la semana 15, se destaca el intento suicida por intoxicación y la violencia de genero. En relación con los casos de Covid 19, se han presentado en la comuna 2,86 fallecidos, más casos que el promedio de Cali, se han presentado casos con exposición a rabia, sin embargo, se debe de articular con zoonosis de la secretaria de salud distrital, los casos de suicidio que más se destaca es entre 12 a 17 años con el 17%, mientras que predomina los casos de las mujeres en un 75% frente a los hombre que son el 25%, en relación a los casos de Dengue se presenta un subregistro, de los casos de Sífilis gestacional, se encuentran 2 casos, entre los que se destaca una gestante de nacionalidad venezolana que no vive en la comuna, se continua los seguimientos con las VDRL

Procesos de apoyo.

Bienes y servicios

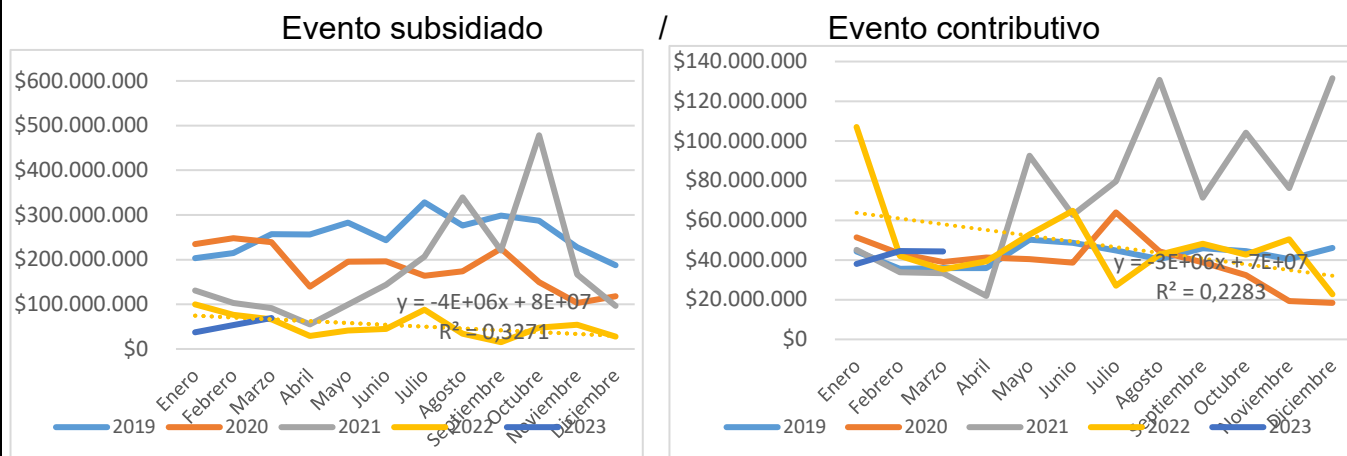
Se realiza socialización de los saldos, en relación a medicamentos se hace el cambio de material médico quirúrgico a medicamentos, se incrementa del material en el proceso de apoyo diagnóstico. Se debe tener en cuenta que se presentó un incremento de los costos de los insumos debido a la inflación. Por otro lado, en el indicador de suficiencia de la entrega no se cumplió en el mes de enero, se debe tener en cuenta que el responsable de realizar el pedido es el líder del proceso, la parametrización de los pedidos debe estar como se les pide, en primer momento se manifestó que se podían hacer los descargues de los insumos bajo remisión, sin embargo, la Dra. Sandra Cardona manifiesta que no se debe autorizar por remisión.

Facturación y cuentas medicas

La líder del proceso reporta que bajo el evento con la EAPB Emssanar, se articula con el proceso de Gestión al Usuario para llamar a los usuarios, si desean continuar con Medicron. No está llegando eventos de Soat.

Se tiene pensado establecer una caja preferencial, sin embargo, la Dra. Sandra Cardona que tenemos unas tarifas muy altas frente a otras IPS (laboratorios, odontología y centro médico

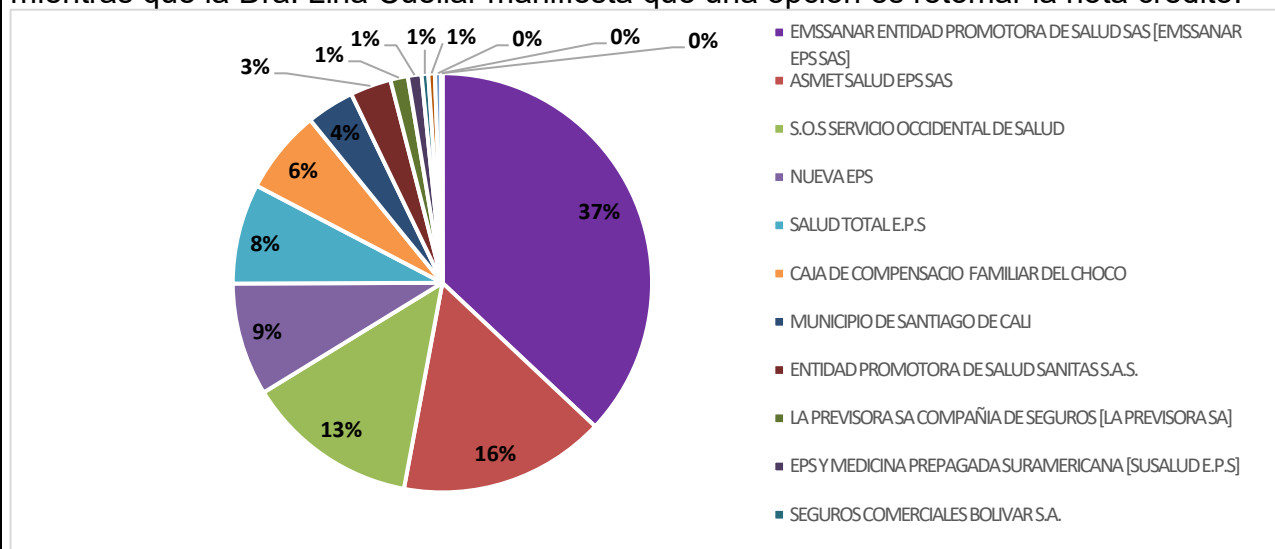
Cedima) que prestan servicios cerca al hospital Carlos Carmona, además se debe de hacer un análisis de costos directos vs indirectos o hacer un estudio de costos.



Glosas y devoluciones

La entidad a la cual se le reportan más glosas es la EAPB Emssanar con 37%, seguida de Asmetsalud con 16% y SOS con 13%

Revisar cómo se presenta el dato, se debe de ver el dato de las glosas y la productividad, la Dra. Sandra Cardona manifiesta que se deben de tomar las medidas para disminuir las glosas, mientras que la Dra. Lina Cuellar manifiesta que una opción es retomar la nota crédito.



En relación radicación de las devoluciones en el 1er trimestre, la EAPB que más suma es Sanitas con \$11.937.130, seguido de Comfenalco con \$6.272.957 y SOS con \$2.701.902 y el total de de las devoluciones es \$23.496.960

Con relación a las citas de WhatsApp se han agendado 4090, se han re agendado 102 casos y se han cancelado 88 citas, mientras que las citas más solicitadas son las médicas con 3.139, odontología de 1era vez 453 y crecimiento y desarrollo con 308.

Cartera y recaudo

No se ha radicado por una llave especial al Adres, al momento, las Cuentas por cobrar en el 2022, es de \$11.826.324, frente a CxC actual del 2023, el cual es 3.142.4592, aun no está activo el módulo para radicar.

Gestión de la información

Se ha dado gestión al 100% de los incidentes, llego un nuevo proveedor para el cambio de equipos, se ha realizado la gestión al 100% de los equipos, se ha estructurado el aplicativo del ACPM que se encuentra en un 99%, al igual que el aplicativo de indicadores y reportemos el cual se encuentra en un 95% en su avance, se encuentra pendiente socializar la plataforma de indicadores el cual se encuentra semaforizado, se actualizó el Rfast ante la interfase, se realiza una prueba de verificación, se cambia la infraestructura de impresión, sin embargo se ha presentado el uso de las impresoras. Se importante mejorar el uso del internet ya que se han presentado ataques cibernéticos en otras Empresas sociales del estado, lo que ha generado un estado de vulnerabilidad en la Red, el cual se va migrar, la información de la E.S.E. está segura y el servicio de algunos aplicativos se coloca en línea la próxima semana, se revisa las agendas de citas médicas, se encuentra pendiente el cargue de los datos para la resolución 0256.

Por otro lado, en relación Rfast: Juliana informa que presentan fallas continuas en el RFAST en recolección de información y en historias clínicas y aun no se han parametrizado las RIAS, se están perdiendo los consentimientos informados que se suben a RFAS, movimiento de agentas paciente por paciente no se puede en bloque.

Miguel informa que se tiene un log de seguimiento de casos y se está desarrollando una APP para seguimiento de casos, el conducto regular es reportar primero a sistemas con Miguel.

Sandra se requiere 24/7 q brinden soporte en el aplicativo de RFAST y en sistemas.

Pendiente Ángelo con RFAST para revisar centros de producción plazo a inicios de mayo 5 para reportar a RFAST

Acuerdo de nivel de servicio protocolo y seguimiento de casos con RFAST de acuerdo a la contratación, algunos casos no son de soporte sino de desarrollo de software y tardan mucho. reportar formalmente Supervisor del contrato deben lo que está pasando con RFAST.

Ambiente físico

Se han presentado una serie de novedades de infraestructura, con necesidades de parte de los procesos asistenciales, al momento se esta realizando medición de residuos, uso racional de agua y uso racional de energía los cuales se hacen por cada una de las IPS de la Red, se debe verificar el consumo del agua por fuera de los horarios de trabajo en las IPS.

El documento del Pgrasa, se encuentra ya en el repositorio.

Gestión Jurídica

Los contratos en el primer trimestre son de 47, lo que representa un valor de \$2.077.068.927, con una diferencia del mismo periodo del 2022 de \$992.648, en relación a las adiciones se presenta en el 1er trimestre 2023, cuyo valor es de \$256.358.300 y una diferencia frente al 2022 de \$262.838.300, por otro lado, las prórrogas del 2023 llegaron a 11, mientras que en el año 2022 fueron de 3.

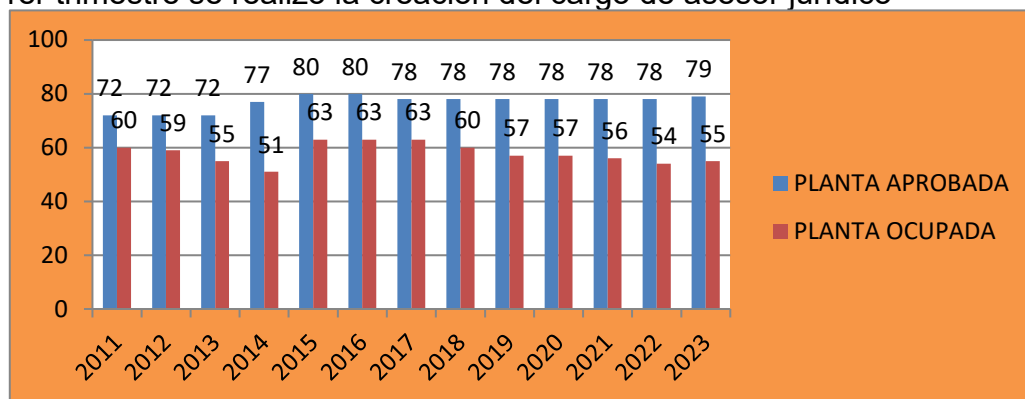
Las tutelas en el 2023 fueron de 13, mientras que en este mismo periodo del 2022 se presentaron 15, los derechos de petición en el primer trimestre han sido de 18, mientras que las actas de conciliación de 2. Los procesos judiciales están distribuidos de la siguiente forma:

Nº Procesos	Medio de Control	Cuantía Pretensiones	Cuantía Real Ajuste Jurisprudencia
10	Acción Reparación Directa	\$9.450.103.350	\$3.275.233.137
3	Nulidad y Restablecimiento del Derecho	\$153.298.575	\$153.298.575
12	Ordinario Laboral	\$1.262.838.349	\$1.103.338.349
25	Total	\$10.866.240.274	\$4.531.870.061

Con 25 procesos en la actualidad.

Gestión del Talento Humano

Durante el 1er trimestre se realizó la creación del cargo de asesor jurídico



En el 1er trimestre se encuentra aprobada una planta de 79 personas, frente a los 55 ocupados, por otro lado, frente al indicador del cumplimiento del plan de incentivos del 2023, este alcanza un logro del 100% sobre la meta del 95%. Frente al indicador del plan de capacitaciones, se alcanzó un promedio de 61% frente a la meta del 85%, lo que indica que no se logró la meta de este indicador, sin embargo, se solicita el envío de evidencias de ejecución del plan de

ACTA REUNION

capacitación al 05 de cada mes, o informar al proceso de Gestión del Talento Humano la reprogramación de las mismas cuando no sea posible su ejecución respecto al cronograma enviado.

Indicador cobertura del plan de capacitación, en este 1er trimestre se logró un promedio de 94%, sobre la meta de 80%, lo que indica que se alcanzó la meta propuesta en el indicador, finalmente se estableció el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo y el comité convivencia laboral.

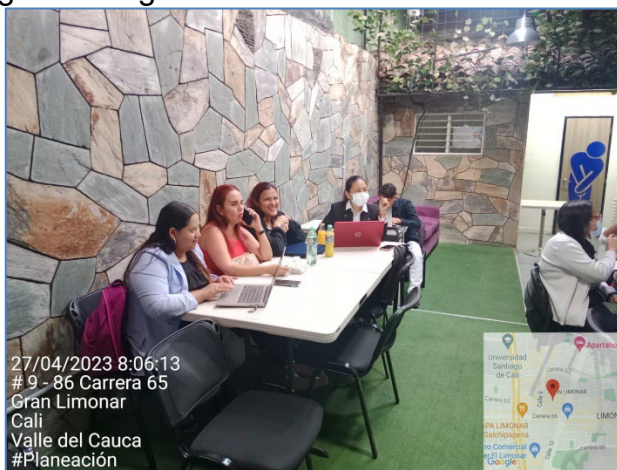
COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REPRESENTANTES DE LA GERENCIA	REPRESENTANTES DE LOS COLABORADORES
SANDRA ISABEL CARDONA ECHEVERRI	DORIS ELENA JIMENEZ TRUJILLO
LAURA ALEJANDRA PACHON CIFUENTES	JORGE ANDRES ORDOÑEZ LUNA
NORMA BALLESTEROS PARRA (SUPLENTE)	LINA MARCELA ESCOBAR RIVERA (SUPLENTE)
GERARDO ANDRES ARANA SAAVEDRA (SUPLENTE)	CARLOS EDUARDO HURTADO ECHEVERRI (SUPLENTE)

COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL

REPRESENTANTES DE LA GERENCIA	REPRESENTANTES DE LOS COLABORADORES
SANDRA ISABEL CARDONA ECHEVERRI	DORIS ELENA JIMENEZ TRUJILLO
LAURA ALEJANDRA PACHON CIFUENTES	HERNÁN LEAL SALAMANCA
NORMA BALLESTEROS PARRA (SUPLENTE)	LINA MARCELA ESCOBAR RIVERA (SUPLENTE)
GERARDO ANDRES ARANA SAAVEDRA (SUPLENTE)	ROBERT ANGELO OLIVA CÓRDOBA (SUPLENTE)

Registro fotográfico



	CONTROL & MEJORA		 
	ACTA REUNION		

CONCLUSIONES O COMPROMISOS		
ASUNTO	RESPONSABLE	FECHA
Cierre de planes de mejoramiento	Líderes de procesos	Junio 2023
Capacitación en redacción de hallazgos (calidad)	Control y mejora	Junio 2023
Campaña de concientización en 5S y 3R (Responsable ambiental y calidad).	Responsable de gestión ambiental	Junio 2023
Solicitar a calidad que se reclasifiquen algunos hallazgos del ACPM (Ambiente físico)	Calidad	Junio 2023
Plan de contingencia para brindar soporte en el aplicativo de RFAST y en sistemas 24/7	Líder de gestión de la información	Mayo 2023
Reportar formalmente al supervisor del contrato lo que está pasando con RFAST.	Responsable del contrato de Rfast	Abril 2023
Actualización del mapa de riesgos julio 2023 a junio 2024.	Líderes de procesos	Junio 2023
Enviar resultados de cobertura practicas seguras a talento humano y Agesoc para revisar que paso por la inasistencia con copia a líderes de procesos.	Líder de talento humano	Junio 2023
Se solicita fortalecer el equipo de rondas de seguridad del hospital Carlos Carmona que es el más grande.	Referente de salud y seguridad del trabajo	Junio 2023
Revisar el procedimiento de autorizaciones evitar imprimir HC se puede tomar del sistema.	Líder de cuentas médicas y facturación	Junio 2023
Revisar que la RIA de materno perinatal se reclasifiquen las inscritas deben coincidir con odontología exámenes nutrición etc.	Líder de PMS	Junio 2023



Secretario o encargado de la reunión