

## INFORME PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2022

RESOLUCIÓN 408 DE 2018

EVALUACIÓN DE INDICADORES  
DEL PLAN DE GESTIÓN

MARZO 27 DE 2023

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1.Introducción .....</b>	
<b>2.Objetivos.....</b>	
<b>2.1 Objetivos Específicos .....</b>	
<b>3.Alcance.....</b>	
<b>4.Normatividad.....</b>	
<b>5. Tabla de Resultados .....</b>	
<b>6.Indicadores.....</b>	
<b>7. Matriz de Evaluación.....</b>	

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

## 1. INTRODUCCION

El Plan de Gestión Gerencial para el periodo comprendido entre enero y diciembre 2022, es el documento que recopila los compromisos del Gerente frente a los indicadores de Gestión determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, que tienen por objeto adoptar las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del mismo, por parte de los Gerentes de las E.S.E. y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Establece, además, la situación actual de la entidad, en tres áreas de gestión, como son Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, determinando las líneas base, sobre las cuales se debe iniciar la toma de decisiones gerenciales, que permitan el logro de las metas propuestas para cada uno de los indicadores.

Asimismo, determina la metodología para la fase de evaluación, la cual estará a cargo de la Junta Directiva, estableciendo el grado de cumplimiento de la gestión anual frente a las metas.

El Plan de Gestión Gerencial 2020-2023 aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 006 de 05 de junio de 2020, se presentan atendiendo los requerimientos de la Resolución 408 de febrero 15 de 2018 (Artículo 3º) por medio de la cual se modifican las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 relacionadas con el sistema de evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivo General

Identificar el cumplimiento de los compromisos del Plan de Gestión para el periodo comprendido entre abril 2020 y diciembre 2023, ante la Junta Directiva de la Institución, en las áreas de Gestión de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

### 2.1 Objetivos Específicos

Identificar las líneas de base de los diferentes indicadores del Plan de Gestión Gerencial que aplican a la E.S.E, según la normatividad vigente y establecer el cumplimiento de lo mismo.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Determinar las metas anuales de cada uno de los indicadores.

Establecer las actividades que se desarrollaran durante el periodo 2020-2023, para lograr el cumplimiento de las metas proyectadas.

### 3. ALCANCE

Transversal a todos los procesos de la entidad, en las áreas de Dirección y Gerencia, en el cual se incluye la evaluación de procesos de mejora continua de la Calidad y avances en el Plan de Acción Anual Operativo; Gestión Financiera y Administrativa que abarca temas como el Riesgo Fiscal y Financiero, Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida, adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, monto de la deuda de salarios al personal de planta y contratación de servicios, informes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS, resultado equilibrio presupuestal con recaudo y la oportunidad en el reporte de informes a los entes de control, y Gestión Clínica o Asistencial, donde se determinan la captación temprana de las gestantes, la incidencia de Sífilis Congénita, la adherencia a Guías de Práctica Clínica, la efectividad del tratamiento médico en el servicio de Urgencias y la oportunidad en la atención en la Consulta Externa para la vigencia 2022.

### 4. NORMATIVIDAD

**Ley 1438 de 2011.** "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**Resolución 710 de 2012.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 743 de 2013.** Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones

**Ley 1797 de 2016.** Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**Decreto 1427 de 2016.** Por medio del cual se reglamenta el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

**Resolución 680 de 2016.** Por la cual se señalan las competencias que se deben evaluar, para ocupar el cargo de Gerente o Director de las Empresas Sociales del Estado.

**Resolución 408 de 2018.** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 relacionadas con el sistema de evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

## 5. TABLA DE RESULTADOS

La Resolución 710 del 2012, proyecta la siguiente tabla de resultados la cual es tomada para la evaluación de la resolución 408 del 2018.

### Anexo 5 Resolución 710 -2012 Escala de Resultados

Rango Calificación (0,0 - 5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor a 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

## 6. INDICADORES

### 6.1 INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

El objetivo de esta área es establecer las políticas para el direccionamiento de la entidad fundamentadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, planeando la gestión de los macro procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo, Control, Seguimiento y Evaluación.

**Peso Porcentual: 20%**

#### 6.1.1 INDICADOR 1:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

INDICADOR N° 1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.			
Fuente: Documento de autoevaluación vigencia 2021 y vigencia 2022.			
LINEA BASE AÑO 2021	1,21	Estándar	Mayor o igual (≥) 1,20
RESULTADO:	1,20		
Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2022	1,64		1,35
Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2021	1,21		

Fuente: Líder de proceso – Freddy García  
Proceso: Gestión de la Calidad

La ESE Moreno y Clavijo, continúa con La Iniciativa de implementar el sistema único de acreditación para el cumplimiento de las acciones que se han propuesto para el mejoramiento continuo de sus procesos.

Una vez aplicado los instrumentos de autoevaluación para la acreditación que correspondió a la autoevaluación de la vigencia 2022 se obtuvieron los siguientes resultados:

De este modo la autoevaluación que se tomará como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 (1,21) y para la vigencia 2022(1,64).

### Logros:

Acorde al documento de autoevaluación vigencia 2021 y vigencia 2022 donde se implementa el mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas se resalta que para esta vigencia se realizaron algunos ajustes en los diferentes procesos institucionales en pro de cumplimiento a la norma y la satisfacción de los usuarios.

La alta Gerencia se ha preocupado por hacer ajustes en consideración a la normativa legal vigente, a su vez se ha proyectado a cambiar la imagen institucional en su cultura organizacional.

### Dificultades:

Multiplicidad de funciones en los líderes de procesos lo que dificulta realizar seguimientos con los líderes de forma periódica, para garantizar la corrección e implementación de planes de mejora para el cumplimiento de las acciones establecidas.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

## RESULTADO AUTOEVALUACION CUANTITATIVA AÑO 2021 - 2022

### VIGENCIA 2021

GRUPO DE ESTÁNDARES PROCESO DE ATENCION CLIENTE ASISTENCIAL-PACA	PROMEDIO
IPS en red	1,05
Ambu-Hosp	1,07
Laboratorio	1,17

GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	PROMEDIO
Direccionamiento	1,12
Gerencia	1,60
Ambiente Físico	1,10
Tecnología	1,04
Talento Humano	1,20
Sistemas de Información	1,03

GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES	PROMEDIO
Seguridad del Paciente	1,45
Deberes y Derechos	1,65
Mejoramiento de la Calidad	1,08

ST

<b>TOTAL</b>	<b>1,21</b>
--------------	-------------

### VIGENCIA 2022

GRUPO DE ESTÁNDARES PROCESO DE ATENCION CLIENTE ASISTENCIAL-PACA	PROMEDIO
IPS en red	1,3
Ambu-Hosp	1,6
Laboratorio	1,85

GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	PROMEDIO
Direccionamiento	1,65
Gerencia	1,90
Ambiente Físico	1,6
Tecnología	1,3
Talento Humano	2
Sistemas de Información	1,2

ST

GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES	PROMEDIO
Seguridad del Paciente	1,83
Deberes y Derechos	1,85
Mejoramiento de la Calidad	1,8

ST

<b>TOTAL</b>	<b>1.64</b>
--------------	-------------

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

**6.1.2 INDICADOR N° 2**

INDICADOR N° 2 EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD.			
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud			
LINEA BASE AÑO 2022	(≥) 0.90	Estándar	Mayor o igual ≥ 90,5
RESULTADO:	1		
Número de acciones ejecutadas de las auditorías realizadas			76
Total, de acciones de mejora programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora de la auditoria			71
			0.93

Fuente: Líder de proceso – Freddy García  
Proceso: Gestión de la Calidad

**Logros:**

Para la Vigencia 2022 El PAMEC alcanzo un 93,42% de cumplimiento de las 76 actividades programadas para la vigencia 2022, quedando 5 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 6,587%, comparado con el la vigencia anterior mejoro el porcentaje de logros.

se reseña que en el grupo de estándar de, el estándar de talento Humano, Direccionamiento, ambiente físico y mejoramiento de la calidad cuyo porcentaje estuvieron en un 100% de cumplimiento de las Acciones de Mejora, de segundo lugar se marca el estándar de Cliente asistencial con 93 % cumplimiento donde quedaron 3 acciones atrasadas, se continua en el estándar de gerencia con un cumplimiento del 75% donde se presentó 1 acción de mejora atrasada y gestión de la información con un 65% donde se evidencia atraso de 1 actividad o acción de mejora pendiente por realizar.

Se generaron estrategias para dar continuidad a las mejoras implementadas y que han sido efectivas para mejorar los procesos. Es por esto que la ESE Moreno y Clavijo, en su documento PAMEC define las estrategias para que los resultados del mejoramiento de la calidad se mantengan en el tiempo y así garantizar un servicio cálido y humano a los usuarios y sus familias.

**Dificultades:**

En las actividades que presentar retraso, empoderamiento y desarrollo en cuanto a gestión institucional se sugiere mayor compromiso por el responsable asignado y la priorización de las actividades atrasadas para llevarlas a la actualización según cronograma establecido.

Otras de las justificaciones entregada por parte de los responsables en las actividades que presentar retraso, es que se debe a de asignación de múltiples tareas.

Soporte de cargue a la Supersalud ANEXO ST002- CIRCULAR 012 DE 2016 PAMEC

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

## Cargar Archivos

[Historial](#)

Vigencia	Periodo
2022	80

### Resultado Carga

Archivo: 9000341318802022ST002.bt.p7z  
 Estado de Envío: Cargado  
 Fecha: 18/01/2023 5:30:39 p. m.

### Seleccionar Archivos

FT002	Seleccione el archivo...		<a href="#">Validar</a>	GT003	Seleccione el archivo...		<a href="#">Validar</a>
GT004	Seleccione el archivo...		<a href="#">Validar</a>	ST002	9000341318802022ST002.bt.		<a href="#">Validar</a>
ST006	Seleccione el archivo...		<a href="#">Validar</a>				

## 6.1.3 INDICADOR 3

### INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

**Fuente:** Informe de Planeación de la entidad que contenga listado de metas del POA que hace parte del Plan de Acción anual programadas para la vigencia evaluada, estado de cumplimiento (SI/NO) y el cálculo del indicador.

LINEA BASE AÑO 2021	0,90	Estándar	Mayor o igual a 0,90
<b>RESULTADO :</b>	<b>0,93</b>		
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada(2022)	0,93		0,93
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada(2021)	0,90		

Fuente: Paula A Duarte – Asesora de Planeación

Proceso Gestión Planeación

Los indicadores que componen el Plan de Desarrollo Institucional, se articulan con los programas, líneas estratégicas y objetivos estratégicos establecidos en el Plan Institucional Estratégico, el cual está de la mano con el Plan Operativo Anual y Plan de Acción. En el año

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

2022 se hizo seguimiento en el mes de mayo, septiembre y enero 2023, y los resultados por proceso fueron los siguiente:

### Procesos Estratégicos

Al revisar las actividades programadas versus las realizadas para el direccionamiento estratégico, se observó que no todas las actividades se cumplieron en un 100% esto debido a que algunas dependen de otras áreas o procesos en los cuales no se cuenta con la documentación u otros factores que no permiten completar la actividad y en el caso de jurídica en el planteamiento de las mismas o que no se acoplan a lo requerido y soportes.

Ocasionado así una calificación global para el proceso de un 93%.

Proceso Estratégicos	96%
Planeación	100%
Sistemas de Información	98%
Siau	95%
Calidad	100%
Jurídica	86%

### 6.1.3.1 Procesos Misionales

Para el 2022, hubo actividades que no alcanzaron a cumplirse debido a la falta de medición en la adherencia a capacitaciones y socializaciones, desplazamientos que no se lograron llevar a cabo, a medida que se realizó el monitoreo de los siguientes cuatrimestres, se logró subir el cumplimiento gracias a la tecnología adaptación al nuevo software Salud 360, sin embargo no todos alcanzaron a un cumplimiento del 100% debido a la presentación de soportes de las actividades o falta de seguimiento en la realización de las actividades.

Procesos Misionales	92 %
Apoyo Diagnóstico	94%
Apoyo Terapéutico	85%
Atención al Parto	97%
Atención Ambulatoria de Consulta Externa	91%
Salud Pública	89%
Traslado asistencial	92%
Atención de Urgencias - Atención asistencial	100%

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

### 6.1.3.2 Procesos de Apoyo

Actividades de Talento Humano y Gestión Financiera lograron cumplir con la mayoría de las actividades y durante entrega oportuna de la información o en el tiempo de la solicitud caso específico de contabilidad y presupuesto debido a los cierres, lo cual se fue subsanando en los siguientes cuatrimestres.

Procesos de Apoyo	94%
Archivo	100%
Adquisiciones	90%
Ambiental	100%
Cartera	100%
Contabilidad	85%
Facturación	100%
Infraestructura	92%
Nuevas Tecnologías	90%
Presupuesto	90%
Sistemas y Tecnologías	96%
Tesorería	100%
Talento Humano	90%

### 6.1.3.3 Control Interno

Logro dar cumplimiento a todo lo programado en el Plan anual de auditorías en las fechas pactadas, quedando en algunas actividades con un indicador bajo en la oportunidad, se observó un mediano cumplimiento en seguimientos y entrega de productos; a pesar de lo anterior el porcentaje es aceptable.

Proceso de Evaluación	90%
Control Interno	90%
<b>TOTAL</b>	<b>93%</b>

### 6.1.3.4 RECOMENDACIONES

Gestionar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades las cuales lo requieran para lograr su objetivo.

Se recomienda que, en el proceso financiero, como facturación, cartera, contabilidad, cuentas médicas, presupuesto puedan finiquitar la información que generan en los tiempos acorde a las normas y fechas establecidas tanto por la entidad como a los entes que lo requieran, ya que la demora en la información está generando atrasos en otros procesos.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Es importante definir en el primer trimestre del año el proceso de contratación del Epidemiólogo y Químico Farmacéutico para no atrasar los Procesos Misionales de la entidad.

Se recomienda que, en el proceso financiero, como facturación, cartera, contabilidad, cuentas médicas, presupuesto puedan finiquitar la información que generan en los tiempos acorde a las normas y fechas establecidas tanto por la entidad como a los entes que lo requieran, ya que la demora en la información está generando atrasos en otros procesos.

**Anexo 3:** Certificación resultados evaluación Plan de Acción 2022

## 6.2 INDICADORES FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA INDICADORES 4

### 6.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero

La información de este indicador la genera el Ministerio de salud a través de la emisión de la ficha técnica la cual generalmente sale con fecha de mediados del mes de marzo de cada vigencia. Sin embargo, la entidad presenta un comportamiento en sus estados financieros y resultado de la ejecución presupuestal, que permiten observar una sostenibilidad financiera lo cual no la categorizaría en riesgo.



#### FICHA TÉCNICA

#### 8179400206 - ESE MORENO Y CLAVIJO DE TAME - (ARAUCA)

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Riesgo bajo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo bajo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

### 6.2.2 INDICADOR 5

Área de Gestión	Financiera y Administrativa(40%)		
<b>INDICADOR 5 : EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA</b>			
FUENTE: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			
LINEA BASE AÑO 2020	1	Estándar	Menor o igual a 0.90
RESULTADO AÑO 2021	0.98		

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Gastos funcionamiento / Vigencia 2022	\$ 36.569.206,10	20.950.36	0.98
Número UVR Producidas en la vigencia 2022	1.745.516,85		
Gastos funcionamiento / Vigencia 2021	\$ 33.440.857,76	21.364.16	
Número UVR Producidas en la vigencia 2021	1.565.278,23		
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Díaz Ayala</b>		

Para la vigencia 2022, se aumentó las ventas de servicios de salud, incrementando la cobertura a la población objeto de atención, haciendo uso óptimo de los recursos financieros, tecnológicos, administrativos y asistenciales, logrando un mejoramiento en el manejo eficiente de los mismo; Sin embargo, debido al comportamiento de los precios en el mercado tuvo una influencia en lo referente a los costos de la producción.

Es importante visualizar que se ha logrado estar por debajo de la línea base fijada y un acercamiento al estándar propuesto.

### 6.2.3 INDICADOR 6

Área de Gestión	Financiera y Administrativa (40%)
<b>INDICADOR 6 : PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOSADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS.</b>	
<b>FUENTE:</b> Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE que contenga valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminado por cada uno de los mecanismos de compra (a,b,c) y otros mecanismos, valor total de adquisiciones de medicamentos y dispositivos médicos en la vigencia evaluada y aplicación de la fórmula del indicador	
Valor total adquisiciones de Medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de E.S.E. (c) compras a través de mecanismos Electrónicos	No hubo Compras conjuntas para la vigencia 2022
Valor total de adquisiciones de la E.S.E. por medicamentos y material médico quirúrgico	
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Díaz Ayala</b>

Para la vigencia 2022, el comportamiento del indicador corresponde a 0%, es de anotar que la meta establecida en este criterio, difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico dificulta el manejo estandarizado.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

Certificación suscrita por la oficina Jurídica, donde se certifica que la entidad no realizó compras conjuntas, ni compras a través de cooperativas de Empresas Sociales el Estado ni por medios electrónicos.

#### 6.2.4 INDICADOR 7

Área de Gestión	Financiera y Administrativa (40%)
<b>INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA O POR OPS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.</b>	
<b>FUENTE:</b> Certificación suscrita por el Revisor fiscal en caso de no tener revisor fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Diaz Ayala</b>

La ESE, tiene como política institucional priorizar el pago al personal vinculado con la entidad, es decir efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley, para la vigencia evaluada se evidenció como resultado del cumplimiento de estas de las obligaciones pactadas, es así que se encuentra al día con sus obligaciones

#### 6.2.5 INDICADOR 8

Área de Gestión	Financiera y Administrativa (40%)	
<b>INDICADOR 8: Informe de RIPS</b>		
<b>FUENTE:</b> Informe de Información bases de datos.		
	<b>Fecha</b>	<b>Acta</b>
<b>I y II Trimestre de 2022</b>	4 de octubre. 2022	<b>004 de 2022</b>
<b>III y IV Trimestre de 2022</b>	16 de Dic. 2022	<b>006 de 2022</b>
Líder de proceso:	Oficina de Planeación, Dra. Paula A Duarte L	

En cumplimiento de este indicador se realizaron los informes de registro individual de prestación de servicios (RIPS), los cuales fueron debidamente presentados y soportados ante la junta directiva de la institución, información que se encuentra registrada en las actas de junta directiva de la vigencia 2022, dando cumplimiento a la meta esperada en este estándar.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Teniendo en cuenta el compromiso de esta administración con la creación y fortalecimiento del sistema de gestión del conocimiento como apoyo para la toma de decisiones se hace necesario la formulación de acciones para el mejoramiento de la gestión de RIPS, como instrumento fundamental para la caracterización de la población, estimación de frecuencia de usos, determinación del perfil epidemiológico, para la correcta toma de decisiones, el establecimiento de planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de la población. Este análisis estará centrado en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y efectividad en el proceso de recolección, procesamiento, validación y análisis del dato, para la generación de información confiable y válida que permita generar conocimiento sobre la situación de salud de la población y orientar de manera efectiva nuestra oferta de servicios, así como el desarrollo de nuevos servicios.

**Anexo:** Certificación de Planeación.

### 6.2.6 INDICADOR 9

Área de Gestión	Financiera y Administrativa(40%)		
<b>INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO</b>			
FUENTE: Ficha Técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.			
<b>LINEA BASE AÑO 2020</b>	<b>0,98</b>	<b>Estándar</b>	<b>Mayor o igual a 1</b>
<b>RESULTADO AÑO 2021</b>	<b>1,05</b>		
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la <b>vigencia 2022</b> (incluyerecaudo de CxC de vigencias anteriores)	\$ 39.280.003.509,04	<b>1.05</b>	
Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de <b>vigencia 2022</b>	\$ 37.515.014.411,00		
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Díaz Ayala</b>		

Este indicador sobre el cual recae la gestión efectiva y balance fiscal de la entidad, indica que la ESE para la vigencia 2022, efectuó un manejo eficiente del recaudo capaz de atender la totalidad de sus obligaciones y generar un superávit efectivo en bancos equivalente de 1.998 millones de pesos.

Anexo: Certificación Subgerente Administrativa y Financiera.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

### 6.2.7 INDICADOR 10

Área de Gestión	Financiera y Administrativa(40%)	
<b>INDICADOR 10 : OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA</b>		
<b>FUENTE:</b> Superintendencia Nacional de Salud		
En La plataforma NRVCC por medio de la cual se hace el reporte de la circular única (Supersalud) se ha venido cargando la información.	<b>Pantallazos cargue de informes</b>	
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Díaz Ayala</b>	
Líder de proceso:	Sistemas y tecnologías	

La empresa realizó la presentación de informes que estaban habilitados para realizar el cargue a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador.

### 6.2.8 INDICADOR 11

Área de Gestión	Financiera y Administrativa (40%)	
<b>INDICADOR 11: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193.</b>		
<b>FUENTE:</b> Ministerio de Salud y Protección Social		
Responsable:	<b>Subgerencia Financiera y Administrativa Dra. Ruth L. Diaz Ayala</b>	

La ESE Moreno y Clavijo presentó los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), se cuenta con los soportes de envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2022 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social  
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2022 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Arauca	SARAVENA	HOSPITAL DEL SARARE ESE	2	03/06/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Arauca	TAME	ESE MORENO Y CLAVIJO	1	05/06/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Archipiélago de San Andrés	SAN ANDRÉS	Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés Providencia y Santa Catalina	3	06/06/2022	Oportuno	16/08/2022	Oportuno	27/12/2022	Extemporáneo	17/01/2023	Extemporáneo	No cumple
Atlántico	BARRANQUILLA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO	3	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	BARANQA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE BARRANQA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	CAMPO DE LA CRUZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	CANDELARIA	ESE HOSPITAL DE CANDELARIA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	GALAPA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE GALAPA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	JUAN DE ACOSTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE JUAN DE ACOSTA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	LURIBACÓ	ESE HOSPITAL LOCAL DE LURIBACÓ	1	31/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	MALAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE MALAMBO	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	MANATÍ	HOSPITAL DE MANATÍ ESE	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	PALMAR DE VARELA	ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PALMAR DE VARELA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	PIJÓ	HOSPITAL VERA JUDITH BAITOLA VILANUEVA E.S.E	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	POLONUEVO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	01/03/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	PONEDERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE PONEDERA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	PUERTO COLOMBIA	ESE HOSPITAL DE PUERTO COLOMBIA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	REFELÓN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE REFELÓN	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	SABANAGRANDE	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	SABANALARGA	ESE CENTRO MATERNO INFANTIL DE SABANALARGA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple
Atlántico	SANTA LUCÍA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE SANTA LUCÍA	1	26/05/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	28/02/2023	Oportuno	Cumple

Elaboró: Jaifao Ortiz Revisó: Milton Manuel Urbano Aprobó: Uliva Esperanza Foreiro García

Carrera 13 No. 32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C  
Teléfono: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1) 3305050  
www.minsalud.gov.co  
7

## 6.3 INDICADORES CLINICA O ASISTENCIAL

### 6.3.1 INDICADOR N° 21

#### INDICADOR N° 21 PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION.

**Fuente:** Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió en el programa de control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por el médico.

<b>LINEA BASE AÑO 2021</b>	<b>0,71</b>	<b>Estándar</b>	<b>Mayor o igual (≥) 0,85</b>
<b>RESULTADO:</b>	<b>0,75</b>		
<b>Numero de mujeres gestantes a quienes se les realiza la valoración</b>	<b>411</b>		
<b>Total de Gestantes identificadas en la vigencia objeto de Evaluación</b>	<b>548</b>		<b>0,75</b>

Fuente: Líder de proceso – María Hernández Calderón  
Proceso: Atención Ambulatoria de Consulta Externa

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co

La ESE Departamental Moreno y Clavijo implemento la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal a través de su Red Prestadora de Servicios de Salud, dando cumplimiento a la resolución 3280 de 2018, garantizando la atención integral en salud a las gestantes y sus familias, llevando a cabo intervenciones integrales, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación permanente, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad de forma continua, el logro de obtener embarazos seguros y aumento de la satisfacción a las mujeres Araucanas.

En cada uno de los seguimientos realizados a las gestantes, la entidad garantiza la Ruta Materna de forma integral; la ESE adopto y adapto, los Protocolos, Guías Prácticas Clínicas y manuales de atención, implementados por el Ministerio de Salud, llevando a cabo estrategias y planes de mejoramiento continuo para cumplir con el indicador, buscando la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbimortalidad materno-perinatal.

De este modo la autoevaluación que se tomará como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 que fue de (0,71) y para la vigencia 2022 presento una línea base de (0,75), indicando que el resultado evaluado fue mejor para esta vigencia.

El porcentaje de ingresos al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación fue del 75% para la vigencia 2022 en la ESE, quedando por debajo del corte esperado que es del 85%.

### **Logros:**

Educación continua a la población, sobre la importancia de ingresar tempranamente a la ruta materno perinatal, en caso de estar positiva para embarazo, a través de los programas radiales educativos en los cinco municipios donde la ESE hace presencia.

Reuniones permanentes y trabajo en equipo con líderes y presidentes de las juntas directivas de cada uno de los municipios, brindando capacitaciones continuas en la Ruta Materno Perinatal, así mismo la importancia de actualizar los censos poblacionales, dando cumplimiento a la captación tempranamente de las mujeres gestantes a la ruta materna.

La ESE Brinda complementaria de los servicios que integran la ruta materna, como lo es la valoración por ginecología, toma de laboratorios clínicos especializados, toma de ecografía obstétrica en cada uno de los trimestres, en toda la red hospitalaria.

Dotación de equipos de última tecnología para toma de procedimientos no quirúrgicos que complementan la ruta, como son los ultrasonidos (ecografías).

La ESE brinda a las gestantes antes de la terminación de su embarazo, todos los métodos anticonceptivos ofertados en el programa de Salud Sexual y Reproductiva, así mismo los métodos definitivos como lo son el pomey y las vasectomías las cuales se ofertan en todas las IPS que conforman la red, posesionando a la entidad como número uno en la implementación de esta estrategia en cada municipio.

### **Dificultades:**

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TEMPRANA EDAD:** Esta población se observa de difícil acceso oportuno a la Ruta Materno Perinatal, en la mayoría de los casos este grupo poblacional oculta su embarazo hasta donde le sea posible por su señalamiento con la sociedad, por temor a sus padres, por evitar el bulín en el colegio, etc.

**POBLACION MIGRANTE:** En su mayoría se observa que ingresan a la ruta de forma muy tardía, afectando el indicador a nivel institucional.

La situación de orden público que vive el departamento de Arauca, afecta la captación temprana de las gestantes que viven en zona rural dispersa, impidiendo la toma de laboratorios clínicos y el ingreso al programa antes de las 12 semanas de gestación.

Evidencias y Soportes:

Las evidencias de este indicador se encuentran en la ruta: disco local E: año 2022/informedegestion/informes por cuatrimestre/soporte informe de gestión/gestantes.

### 6.3.2 INDICADOR N° 22

INDICADOR N° 22. INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE.			
<b>Fuente:</b> Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.			
Fuente: a) Cuando no existan casos de sífilis Congénita: Concepto del COVE territorial que certifique la no existencia de casos. b) Cuando existan casos de Sífilis Congénita: Concepto del COVE territorial que certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado			
<b>LINEA BASE AÑO 2022:</b>	0 casos	<b>Estándar</b>	Cero (0)
<b>RESULTADO:</b>	7 casos		

Análisis:

La Sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) y constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, que afecta la calidad de vida y se acompaña de importantes niveles de morbilidad y mortalidad. La sífilis como ITS influye directamente en la salud infantil y reproductiva; si la sífilis no se trata durante el embarazo puede conducir a una prematuridad, peso bajo al nacer, mortinatalidad, muerte poco después del nacimiento u otras secuelas en el recién nacido, incluidas las manifestaciones inflamatorias que afectan a los ojos, oídos y articulaciones, así como malformaciones esqueléticas debidas al daño durante el desarrollo en las etapas tempranas de la sífilis.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

La transmisión materno-fetal es más probable durante la fase temprana de la enfermedad de la madre, pero puede producirse durante todo el período de latencia, por lo que es importante la captación temprana de las gestantes en su primer trimestre del embarazo para la realización de los exámenes de pesquisa que conlleven a detectar los casos de manera oportuna para brindar la atención adecuada en cuanto a tratamiento para evitar la transmisión al bebé.

Durante la Vigencia 2022, la Red de Hospitales de la ESE Moreno y Clavijo realiza el reporte al Sistema SIVIGILA de 69 casos de Sífilis Gestacional, captados durante las atenciones a las gestantes (controles prenatales o en el momento del parto) en los municipios del área de influencia de la ESE. En su mayoría fueron tratadas según las Guías clínicas de manejo para la enfermedad lo que conllevó a evitar la transmisión a los menores. De estos casos notificados se evidencian que 7 recién nacidos cumplían con la definición de caso para Sífilis Congénita (según Protocolo nacional: “fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto”). Y por lo tanto fueron notificados para este evento de Interés en Salud Pública (Tabla 1).

Tabla 1: casos de Sífilis Gestacional y Congénita reportadas por la Red Hospitalaria

EVENTOS	HSLA	HSAT	HSFF	HSRP	HSJCN	HSJDD	CSJJC	CSPA	TOTAL
SIFILIS GESTACIONAL	11	26	20	0	3	2	4	3	69
SIFILIS CONGENITA	2	1	3	0	0	0	1	0	7

Fuente: SIVIGILA

Es de resaltar que, de los siete (7) casos de Sífilis Congénita reportados por la Red hospitalaria de la ESE, dos (2) casos son de madres colombianas, una (1) de ellas de etnia Indígena y otra con residencia en zona rural dispersa que fue captada en el momento del parto. Y los otros cinco (5) casos de estas Sífilis Congénitas son hijos de madres Migrantes y que llegaron para la atención en el momento del parto y sin controles prenatales. Tabla 2:

Tabla 2: Determinantes:

Nacionalidad de más Madres		Edad Gestacional en la captación
Colombiana	Migrante	En el momento del Parto
2	5	6

Fuente: SIVIGILA

#### Actividades realizadas

- La ESE MYC realiza la demanda inducida de las gestantes e ingreso al programa de controles prenatales de acuerdo a las guías prácticas clínicas de la gestante y la Resolución 3280 de 2018 donde toda mujer gestante debe ser ingresada al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación para disminuir la morbilidad materno perinatal.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

- Realizar seguimiento a las gestantes con diagnóstico de sífilis congénita para su respectivo tratamiento. Después de que las gestantes son captadas mediante exámenes de laboratorio, se le realiza la valoración médica e inicio de tratamiento para la Sífilis Gestacional con la finalidad de disminuir el riesgo de transmisión perinatal, cumpliendo los las guías clínicas de manejo

- Realizar reporte oportuno de casos nuevos de sífilis gestacional al SIVIGILA.

Una vez captada la gestante se realiza el proceso de Notificación por ser un evento de Interés en Salud Pública, mediante el diligenciamiento de la Fichad de Notificación, instauración del tratamiento y seguimiento para el cumplimiento del mismo.

Dificultades.

A pesar que la ESE MYC tiene demanda inducida y programas especiales para la captación de las maternas en sus primeros meses de gestación, con la finalidad de realizar todos los exámenes y valoraciones tendientes a disminuir el riesgo matero-perinatal, es difícil la adherencia a los controles prenatales en especial de las maternas que viven en las zonas rurales dispersas a quienes se les dificulta el acceso a los servicios de salud. Otro factor que influye en la adherencia a los controles es en la población indígena quienes por su cosmovisión tienen otro concepto de la gestación y parto, por lo que acuden en muy pocas ocasiones a los controles.

La notificación de los casos de sífilis Gestacional y Congénita se ve reflejada en la población migrante, que a pesar de tener programas que les facilitan el acceso a los servicios de salud, son renuentes a consultar, se observa que de 7 casos notificados durante la vigencia 2022, cinco casos fueron de madres migrantes y que acudieron a los diferentes hospitales de la red, fue en el momento del parto, lo que dificulta poder evitar que se presenten estos eventos de interés en salud pública y que afectan a la población infantil.

### 6.3.3 INDICADOR N° 23

INDICADOR N° 23 EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA			
<b>Fuente:</b> Informe de comité de historias clínicas que como mínimo contengan: Referencia al acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.			
<b>LINEA BASE AÑO 2021</b>	<b>0.97</b>	<b>Estándar</b>	<b>Mayor o igual <math>\geq</math> 0,9</b>
<b>RESULTADO:</b>	<b>0.97</b>		
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2021</b>			<b>0,97</b>
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2022</b>			<b>0,96</b>
			<b>0,97</b>

*Fuente: Líder de proceso – María Hernández Calderón*  
*Proceso: Atención Ambulatoria de Consulta Externa*

La última referencia del acto administrativo de la adopción de la guía se encuentra en la Resolución

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

046 del 11 de febrero de 2019. La evaluación de esta GPC se desarrolla a través del formato PYP-FO-59. VERSION 02, las auditorias son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar.

En la red hospitalaria se toma una muestra aleatoria de cuarenta (40) historias clínicas mensualmente, evaluando durante la vigencia 2022 cuatrocientas ochenta historias clínicas con usuarios que presentaron diagnósticos positivos para Hipertensión Arterial.

El indicador de cumplimiento de Enfermedad Hipertensiva en la vigencia 2022 fue del 97% quedando con calificación EXCELENTE.

**Logros:**

Cumplimiento del indicador con evaluación mayor al 0.9 en la red hospitalaria de la ESE.

La red hospitalaria presenta adherencia en la Guía Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva. Se cumple con los módulos informativos del programa a cada una de las EPS de forma oportuna. Implementación del Software “Salud 360”, que nos permite medir cada una de las variables oportunamente.

Bases de datos alimentadas de forma permanente con todas las variables del programa, permitiendo la entrega oportuna de las cuentas de alto costo a cada una de las EPS que tienen contratación vigente con la entidad.

**Dificultades:**

En algunas IPS de la red se observa falta de compromiso del profesional que hace parte del programa Cardiometaabólico, en el diligenciamiento completo de todas las variables que exige la historia clínica. Rotación permanente del personal médico que ejecuta el programa en cada IPS.

Mayor compromiso de los usuarios en la asistencia al programa de acondicionamiento físico que se realiza una vez por mes en cada una de las IPS que conforman la red hospitalaria.

Propuesta de Mejora:

Implementar cambio de la forma de contratación e incrementar salarios a los profesionales del programa de Riesgo Cardiovascular, evitando la rotación continua de los mismos.

Evidencias y Soportes:

Las evidencias de este indicador se encuentran en la ruta: disco local E: año 2022/informedegegestion/informes por cuatrimestre/soporte informe de gestión/auditorias historias clínicas/ enfermedad hipertensiva.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

### 6.3.4 INDICADOR N° 24

INDICADOR N° 24 EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO				
<b>Fuente:</b> Informe de comité de historias clínicas que como mínimo contengan: Referencia al acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.				
<b>LINEA BASE AÑO 2021</b>	<b>0,97</b>	<b>Estándar</b>	<b>Mayor o igual</b>	<b>≥ 0,8</b>
<b>RESULTADO:</b>	<b>0,97</b>			
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2021</b>			<b>0,97</b>	<b>0,97</b>
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2022</b>			<b>0,97</b>	

*Fuente: Líder de proceso – María Hernández Calderón*

*Proceso: Atención Ambulatoria de Consulta Externa*

La última referencia del acto administrativo de la adopción de la guía se encuentra en la Resolución 046 del 11 de febrero de 2019. La evaluación de esta GPC se desarrolla a través del formato PYP-FO-59. VERSION 02, las auditorias son realizadas de forma mensual por el director(a), Coordinador(a) de Promoción y Prevención, coordinador médico(a) de cada hospital y Centro de Salud, una vez diligenciada la herramienta, es analizada en el Comité de Historias clínicas, implementado los planes de mejoramiento a que haya lugar.

En la red hospitalaria se toma una muestra aleatoria de cuarenta (40) historias clínicas mensualmente, evaluando durante la vigencia 2021 cuatrocientas ochenta historias clínicas con usuarios de primera infancia e infancia donde se aplica de manera global la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en la etapa de Crecimiento y Desarrollo.

El indicador de cumplimiento de Crecimiento y Desarrollo en la vigencia 2022 fue del 97% quedando con calificación EXCELENTE en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo.

#### Logros:

Cumplimiento del indicador con evaluación mayor al 0.8 en la red hospitalaria de la ESE.

La red hospitalaria presenta adherencia en la Guía Práctica Clínica establecida en la resolución 3280 de 2018.

Implementación del software “Salud 360” que nos permite tener digitalizada toda la historia clínica con sus diferentes variables evaluativas.

Brindar integralidad en la atención a todos los niños de primera infancia e infancia valorados por los profesionales que conforman la red hospitalaria, dando cumplimiento a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, incluyendo la valoración por consulta especializada de Pediatría.

#### Dificultades:

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Diligenciamiento de manera completa en todas las variables establecidas en la historia clínica para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: Crecimiento y Desarrollo, por parte del talento humano profesional de la ESE.

Rotación permanente del personal

Propuesta de Mejora:

Crear estrategias de mejora en las condiciones salariales y nombramientos al talento humano para evitar la alta rotación de los mismos, en cada uno de los programas de salud.

Evidencias y Soportes:

Las evidencias de este indicador se encuentran en la ruta: disco local E: año 2022/informedegestion/informes por cuatrimestre/soporte informe de gestión/auditorias historias clínicas/ crecimiento y desarrollo.

### 6.3.5 INDICADOR 25

<b>INDICADOR: Reingresos por el servicio de urgencias.</b>			
<b>Fuente: Sistema de Información SIHO</b>			
<b>LINEA BASE AÑO 2021</b>	<b>0,005</b>	<b>Estándar</b>	<b>&lt;0,03</b>
<b>RESULTADO:</b>	<b>0,002</b>		
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2022</b>			<b>0,002</b>

### 6.3.6 Actividades o Estrategias Ejecutadas

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que los reingresos en los servicios de urgencias entre las 24 y 72 horas corresponden al número de usuarios que acuden nuevamente al servicio de urgencias, independientemente de que el episodio haya sido atendido en consulta de urgencias o en observación, y se haga dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la primera atención por la misma patología o condición clínica que motivó dicha atención ya sea exactamente la misma, durante el la vigencia objeto de la medición se pudo evidenciar que el porcentaje es del 0,002 cumpliendo con lo estipulado por el indicador de medida el cual es del 0,03.

Propuestas de Mejora:

Con miras a tener una mejor caracterización del sistema y del comportamiento de este indicador, con base en los pacientes, se recomienda ampliar la cantidad de discriminantes y de variables, para de esta manera tener un concepto más general de los factores y los niveles que pueden influenciar negativamente el comportamiento de los reingresos, por lo que es necesario que se analicen factores como Reingresos en función de género, edad, patología y causa.

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

### 6.3.7 INDICADOR 26:

<b>INDICADOR: Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.</b>			
<b>Fuente: Sistema de Información SIHO</b>			
<b>LINEA BASE AÑO 2021</b>	<b>0,238</b>	<b>Estándar</b>	<b>&lt;3</b>
<b>RESULTADO:</b>	<b>1,2</b>		
<b>Promedio de la Calificación de auto evaluación en la vigencia evaluada 2022</b>			<b>1,2</b>

#### Actividades o Estrategias Ejecutadas

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutive es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad.

El promedio de oportunidad en la asignación de citas de medicina general, de manera global, se encuentra en 1,12; el mínimo de tiempo que transcurre entre la solicitud de la cita médica y su asignación es de carácter inmediato, con un máximo de espera de 3 días. La tendencia muestra un aumento en los tiempos de espera para el final del año 2022; sin embargo, es importante resaltar los valores máximos que durante del año que finalizó no sobrepasa los estándares propuestos por la normatividad vigente, situación que es adecuada en el servicio puerta de entrada a los servicios de salud.

#### Logros:

Durante el último trimestre de la vigencia evaluada, se implementó el call center y se puso en funcionamiento y disposición de toda la red hospitalaria con el propósito de atender la demanda de solicitud de citas y así mejorar en la oportunidad de asignación de las mismas.

#### Dificultades:

En algunas sedes hospitalarias se han presentado fallas en los servicios de red celular y el servicio de internet, dificultando el proceso de asignación de citas y múltiples procesos.

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)		2020
Variable		
% pacientes atendidos por urgencias remitidos		23,532
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos		1,101
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).		0,494
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		0,005
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)		0,465
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general		0,618

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

## 7 MATRIZ DE EVALUACIÓN

Los resultados presentados en el presente informe de gestión, están soportados por el equipo de trabajo de la E.S.E. Moreno y Clavijo y la evaluación arrojó el siguiente resultado:

MATRIZ DE CALIFICACION										
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Resultado del periodo Evaluado	Estandar Propuesto	Calificación (ver instructivo de calificación)	Ponderación	Resultado ponderado	Documento soporte	Seguimiento	Observaciones (debera evidenciarse los soportes técnicos)
a	b	c	j	j	k	l	m=k*I			
DIRECCION Y GERENCIA	1	Nivel I	1,2	≥1,2	5	0,050	0,25	AUTOEVALUACION AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	SI CUMPLE	Una vez aplicado los instrumentos de autoevaluación para la acreditación que correspondió a la vigencia 2022 se obtuvo como resultados 1,35 según se evidencio en el documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.
	2	Nivel I	0.93	≥0,90	5	0,050	0,25	CERTIFICACION PAMEC	SI CUMPLE	Para la Vigencia 2022 El PAMEC alcanzo un 93,42% de cumplimiento de las 76 actividades programadas, quedando 5 actividades atrasadas lo que comprende un porcentaje del 6,587%, comparado con el la vigencia anterior mejoro el porcentaje de logros. Se evidencio el respectivo cargue a la Supersalud de acuerdo a lo establecido en el ANEXO ST002- CIRCULAR 012 DE 2016 PAMEC

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

	3	Nivel I	1,18	≥0,90	5	0,100	0,50	INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION ANUAL OPERATIVO	SI CUMPLE	El resultado Global es del 93% dando cumplimiento al indicador
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	4	Nivel I con categorización de riesgo alto o medio.	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino d emergencia sanitaria" )	NO APLICA (suspendida por artículo 6 Resolución 856 "hasta termino d emergencia sanitaria" )	0	0,000	0,00	N/A	N/A	N/A
	5	Nivel I	0,85	<0,90	3	0,057	0,17	CERTIFICACION DE LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	SI CUMPLE	De acuerdo a la información obtenida del módulo de presupuesto de dinámica, y una proyección del aplicativo de cálculo de la uvr genera un resultado de 0,85
	6	Nivel I	0	≥0,70	0	0,057	0,00	CERTIFICACION DEL PROCESO JURIDICO	NO CUMPLE	CONTRATACION COMPRAS CONJUNTAS
	7	Nivel I	0	Cero (0) o variación negativa.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DEL LIDER DE GESTION CONTABLE	SI CUMPLE	Se evidencia certificación del líder de contabilidad y revisor fiscal en la que informa el estado de la deuda por concepto de obligaciones contratación externa y obligaciones laborales con corte a 30 de diciembre de 2022

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

8	Nivel I	100%	4	5	0,057	0,29	ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 007 Y ACTA DE JUNTA DIRECTIVA N° 013	SE HA CUMPLIDO AL 100%, SE HAN ENTREGADO 4 INFORMES A JUNTA DIRECTIVA.	Se ha cumplido al 100%, se han entregado 4 informes a junta directiva.
9	Nivel I	1,08	≥ 1.00	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	NO CUMPLE	SE CUMPLE CON EL INDICADOR
10	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	PANTALLAZO ENTREGA DE CIRCULAR UNICA	SI CUMPLE	<p>Uno de los compromisos adquiridos con las EPS y los entes de control y vigilancia es el de cumplir de manera oportuna con el envío de la información estadísticas y datos de producción.</p> <p>De este modo la autoevaluación que se tomará como línea base del indicador corresponde a la de la vigencia 2021 (100%) y para la vigencia 2022(100%).</p> <p>Este indicador alcanzó un cumplimiento del 100% de cumplimiento en la entrega de información para la vigencia 2022, quedando con un alto grado de oportunidad, continuando con el mismo porcentaje de cumplimiento de</p>

Comprometidos con el bienestar de nuestra gente

CLINICA Y ASISTENCIAL	11	Nivel I	100%	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	5	0,057	0,29	CERTIFICACION DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES	SI CUMPLE	la vigencia anterior. La ESE Departamental Moreno y Clavijo dio cumplimiento con el reporte de la información de producción, cartera, facturación, talento humano y presupuesto, cargando toda la información de los formatos establecidos y reglamentada por el Decreto No. 2193 de 2004, la cual se realiza de manera trimestral y anual. Dando un cumplimiento del 100% para este indicador, siguiendo con el mismo porcentaje de cumplimiento de la vigencia anterior.
	12	Nivel I	0,75	≥0,85	3	0,080	0,24	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	El porcentaje de ingresos al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación fue del 75% para la vigencia 2022 en la ESE, quedando por debajo del corte esperado que es del 85%.
	13	Nivel I	5	0 casos	0	0,080	0,00	SE EVIDENCIA PANTALLAZO EN EL SIVIGILA	NO CUMPLE	Se evidencia pantallazo en siviigila donde se observa las ocurrencias de casos en el año 2022
14	Nivel I	0,97	≥0,90	5	0,070	0,35	CERTIFICACION DE INDICADORES DE GESTION I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	se evidencia certificación de los indicadores de gestión DEL I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registró la aplicación de guías de hipertensión en pacientes	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

	15	Nivel I	0,98	$\geq 0,70$	5	0,060	0,30	INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN I, II, III Y IV TRIMESTRE DE 2020	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de los indicadores de gestión del I, II, III Y IV trimestre de 2022 en donde se registrala aplicación de guías de crecimiento y desarrollo en pacientes
	16	Nivel I	0,005	$\leq 0,03$	5	0,050	0,25	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general y reingreso por urgencias
	17	Nivel I	0,0465	$\leq 3$	5	0,060	0,30	CERTIFICACION Subgerencia de Salud	SI CUMPLE	Se evidencia certificación de oportunidad de atención en pacientes en consulta general y reingreso por urgencias
<b>TOTAL</b>							<b>4,06</b>			



**WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO**  
Gerente ESE Moreno y Clavijo

Elaboro y Proyecto: Paula A Duarte L, Asesora de Planeación ESE MYC

*“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”*

[WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO](http://WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO)

Dirección: Calle 15 Carrera 12 Esquina, Barrio 20 de Julio (Tame, Arauca). Email: [Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co](mailto:Correspondencia@esemorenoyclavijo.gov.co)

