



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

INFORME EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2023

FAIBER ANDRES SALAZAR PENHA
GERENTE

ESE RAFAEL TOVAR POVEDA
BELÉN DE LOS ANDAQUÍES
MARZO DE 2024

Liderazgo, Gestión e Innovación por la Salud

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión
Pública NTCGP 1000:2009.

Aprobado por Acuerdo 004 de 2020.



CONTENIDO

1. MARCO ESTRATÉGICO	4
1.1 MISIÓN	4
1.2 VISIÓN	4
1.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	4
1.4 VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	5
2. FASE DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	7
3. RESULTADOS DE GESTIÓN AÑO 2022	8
3.1 ÁREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA	8
No. 1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS SIN AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	8
No. 2 EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	9
No. 3 GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	11
3.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	12
No. 4 RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	12
No. 5 EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1) PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: a) COMPRAS CONJUNTAS b) COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO c) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	13
No. 6 MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	14
No. 7 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES	15
No. 8 RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	16
No. 9 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	17
No. 10 OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPÍTULO 8, TÍTULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	18
No. 11	19
3.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	20
No. 21 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	20
No. 22 INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	21
No. 23 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	22
No. 24 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	23
No. 25 PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	24
No. 26 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL	25
4 MATRIZ DE CALIFICACIÓN (ANEXO No. 4 / Resolución 408 de 2018)	26



SEDES DE ATENCIÓN



ESE RAFAEL TOVAR POVEDA SEDE BELÉN



CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ



CENTRO DE SALUD YURAYACO



CENTRO DE SALUD ALBANIA



HOSPITAL LOCAL CURILLO

- **IPS ESE Rafael Tovar Poveda**
Calle 4 con Carrera 7 esquina, Barrio La Tribuna, Teléfono 3138769363. Belén de los Andaquíes
- **IPS Centro de Salud San José del Fragua**
Calle 6 No 4-11, Barrio La Ye, Teléfono 3138759166. San José del Fragua
- **IPS Centro de Salud Yurayaco**
Inspección Yurayaco, Teléfono 3219738734
- **IPS Centro de Salud Albania**
Calle 5 con Carrera 4 esquina, Barrio El Centro, Teléfono 3138751603. Albania
- **IPS Hospital Local Curillo**
Diagonal 7 No 4-30, Barrio Turbay, Teléfono 3138785279. Curillo

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta los lineamientos definidos en la Ley 1438 de 2011, artículos 72 y 74, la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018, 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.

El Plan de Gestión, es el instrumento y marco de acción de la Gerencia de la ESE Rafael Tovar Poveda, en el cual se consolidan los logros a alcanzar y las actividades generales a desarrollar por área de gestión, así como las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad de la atención y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud con los mayores estándares de seguridad, oportunidad, calidad y eficiencia, todo ello acorde con los principios, políticas y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, enmarcado en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

En tal sentido, este documento se convierte en el reflejo institucional, que actúa para garantizar la sostenibilidad, competitividad y perdurabilidad de la ESE Rafael Tovar Poveda como Empresa Social del Estado en el sur del departamento de Caquetá, buscando siempre el bienestar de nuestros usuarios y sus familias.



1. MARCO ESTRATÉGICO

La Plataforma Estratégica de la ESE Rafael Tovar Poveda se adoptó mediante Resolución No. 1355 de 2020 para el periodo comprendido entre 2020-2023.

1.1 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, que contribuye al bienestar de los habitantes del sur del departamento de Caquetá, mediante la ejecución de actividades individuales y colectivas de forma segura y oportuna, con talento humano competente y tecnología adecuada, brindando una atención en el servicio de salud de alta calidad, con énfasis en la implementación de rutas integrales; garantizando procesos de promoción y prevención, el reconocimiento de nuestra diversidad rural y étnica, compromiso con la protección al medio ambiente, responsabilidad social, servicio diferenciado y permanencia en el tiempo.

1.2 VISIÓN

Para el año 2024 la ESE Rafael Tovar Poveda será una institución reconocida en el sector de la salud y en la zona sur del departamento de Caquetá como la mejor empresa prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad, con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, liderando la transformación del sistema de salud actual para asegurar su sostenibilidad financiera, promoviendo la innovación e incorporando nuevas tecnologías disponibles, con el desarrollo de estrategias que le permitan la mejora continua y la humanización en la prestación del servicio.

1.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Con el fin de dar cumplimiento a la misión y la visión institucional, se proponen los objetivos estratégicos, que conceptúan el compromiso de la Gerencia y el Equipo Directivo y Asistencial para lograr las metas propuestas, así como el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

-  Brindar servicios de salud individuales y colectivos de baja y mediana complejidad con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud, garantizando el acceso y la atención con calidad y calidez, minimizando los riesgos durante la atención.
-  Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud a través de la información, orientación y acompañamiento oportuno, en favor del ejercicio de sus derechos mediante procesos de gobernanza y diferenciación para la satisfacción de sus necesidades.
-  Establecer la participación comunitaria como elemento garante del cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios, en pro de la oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.
-  Fortalecer el talento humano mediante la implementación de estrategias formativas, competencias laborales y calidez humana para desarrollar procesos eficientes, optimizando los recursos disponibles mediante la incorporación de desarrollos tecnológicos e innovación.

-  Lograr el equilibrio presupuestal y financiero de la Institución de manera progresiva para alcanzar la eficiencia en el gasto, mediante la optimización de los recursos financieros disponibles.
-  Fortalecer el sistema de protección del medio ambiente respondiendo a las necesidades en la generación de residuos dentro de la institución.

1.4 VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Los principios y valores institucionales guiarán la conducta de los funcionarios de La Empresa Social del Estado Rafael Tovar Poveda.

VALORES

-  **AMOR:** El amor al prójimo se demuestra en nuestro amor a Dios, él nos inspira y nos motiva para querernos a nosotros mismos y ofrecerles este mismo sentimiento a nuestros pacientes.
-  **RESPECTO:** Es fundamental para lograr una armoniosa interacción social, una de las premisas más importantes del respeto es que *“para ser respetado es necesario saber o aprender a respetar, a comprometer al otro, a valorar sus intereses y necesidades”*. En este sentido, el respeto debe ser mutuo y nacer de un sentimiento de reciprocidad.
-  **RESPONSABILIDAD:** Ser capaces de responder por las consecuencias de las palabras, las decisiones y los compromisos; en general, de los actos libres y voluntarios realizados, es la forma en que hacemos realidad nuestros objetivos cuando sabemos priorizarlos y le ponemos conciencia, entusiasmo, autodisciplina y diligencia a lo que hacemos sin necesidad de ser supervisados.
-  **COMPROMISO:** Un funcionario comprometido con la institución cumple con sus obligaciones, con aquello que se ha propuesto y que le ha sido encomendado, es decir que vive, planifica y reacciona de forma acertada para sacar adelante la empresa.
-  **HONESTIDAD:** Es un valor moral fundamental para entablar relaciones interpersonales basadas en la confianza, la sinceridad y el respeto mutuo, quien actúa con honestidad lo hace siempre apoyado en valores como la verdad y la justicia y no antepone a estos sus propias necesidades o intereses.
-  **INCLUSIÓN:** Enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales; es la actitud, tendencia o política de integrar a todos los individuos en la sociedad con el fin de lograr un mundo más equitativo y más respetuoso frente a las diferencias.

PRINCIPIOS

-  **TRABAJO EN EQUIPO:** Impulsa las acciones y el pensamiento de los colaboradores de la Institución, lo que hace competente la empresa y a los que la conforman, cada quien asume una parte y todos tienen el mismo objetivo en común, mediante el acuerdo de voluntades y el esfuerzo colectivo basado en el compañerismo.



-  **MEJORAMIENTO CONTINUO:** La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Este proceso debe ser progresivo y continuo, debe incorporar todas las actividades que se realicen en la institución y trabajar constantemente en el afianzamiento y mejora de las acciones para lograr ser competitivos y productivos.
-  **VOCACIÓN DE SERVICIO:** Actuar con disposición permanente, actitud de ayuda, entrega, calidez, prontitud para identificar y dar respuesta a las necesidades de los usuarios en el contexto físico, moral, social y con gran espíritu de amabilidad, oportunidad y eficacia.
-  **SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN:** Prevenir y/o minimizar el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos asistenciales, accidentes laborales, emergencias internas y otros eventos que afecten las personas, los procesos, la imagen, la infraestructura, la tecnología, la dotación y el ambiente de trabajo en la institución.
-  **PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE:** Adoptar un enfoque verde como la mejor forma de ayudar al medio ambiente a partir de pequeños hábitos o prácticas institucionales en defensa de la vida y de la existencia del planeta.





2. FASE DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La evaluación del Plan de Gestión es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual, para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el primero de abril de cada año. El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar.

La calificación se realizará mediante el diligenciamiento del Anexo No. 4 de la Resolución 408 de 2018.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria. Dicho acuerdo se le notificará al director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

3. RESULTADOS DE GESTIÓN AÑO 2023

3.1 INDICADORES ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

Esta área contempla aspectos estratégicos y gerenciales, medidos según tres (03) indicadores para un total del 20% de la calificación.

Indicador No. 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

La ESE Rafael Tovar Poveda realizó el proceso de autoevaluación teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 1328 de 2021, por medio de la cual se modificó el artículo 1° de la Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1; el proceso de autoevaluación fue adelantado por los diferentes comités interdisciplinarios creados al interior de la Institución.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evaluaron los siguientes estándares: Cliente Asistencial, Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gerencia de la Información y estándar de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Es importante resaltar que en lo referente al estándar de Cliente Asistencial esta autoevaluación se llevó a cabo en cada una de las IPS que conforman la ESE Rafael Tovar Poveda por cuanto las particularidades en el proceso de atención de una IPS a otra son diferentes. Una vez realizado el proceso de autoevaluación se siguió con el desarrollo de la Ruta Crítica según lo determinado por el documento guía PAMEC vigencia 2023. Es claro para la Gerencia de la ESE seguir adelantando los esfuerzos necesarios que nos ayuden a disminuir la brecha de los criterios que se evalúan en el Manual de Acreditación y los procesos que se adelantan al interior de la institución; para lograr procesos más seguros que nos ayuden a brindar servicios con calidad, oportunidad, pertinencia y accesibilidad a nuestros usuarios.

De los 201 estándares se evaluaron 193 estándares aplicables a la institución, obteniendo una calificación total para la vigencia 2023 de 2.32.

FORMULA DEL INDICADOR No. 1	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2.32
Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		1.93
Mejoramiento continuo sistema único de acreditación, Vigencia 2023		1.20

Fuente de Información: Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior, en un (1) cd



Indicador No. 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la Atención en Salud – PAMEC vigencia 2023 de la ESE Rafael Tovar Poveda, se ejecutó en el periodo comprendido del 15 de mayo al 15 de diciembre de 2023.

Para la vigencia de 2023 el PAMEC se desarrolló en los siguientes estándar: Estándar de Cliente Asistencial, Estándar de Direccionamiento, Estándar de Gerencia, Estándar de Talento Humano, Estándar de Gerencia del Ambiente Físico y Estándar de Mejoramiento de la Calidad. Se establecieron 25 oportunidades de mejora y se realizaron 2 seguimientos para verificar el avance del plan de acción. De acuerdo a la siguiente relación:

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
ESTANDAR CLIENTE ASISTENCIAL				
ESTANDAR: 41. Código: AsPL11 En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:	Elaborar el programa de humanización de la atención en la ESE Rafael Tovar Poveda y desplegar dicho programa con los funcionarios de la ESE	Elaborar el programa de humanización de la atención de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
		Revisión del programa de humanización de la atención de la ESE Rafael Tovar Poveda por parte de la Alta Dirección de la ESE.	X	
		Realizar acto administrativo de aprobación del programa de humanización de la atención de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
		Socializar con todo el personal el programa de humanización de la atención de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
ESTANDAR: 51. Código: AsPL21 La institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud desplegado desde la política de prestación de servicios institucional integrando el desarrollo de los servicios de salud la participación social y comunitaria las acciones intersectoriales	Implementar el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud	Contratar al personal necesario para implementar el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud.	X	

ESTANDAR: 52. Código: AsPL22 La institución articula su modelo de prestación de salud en el marco estratégico de acciones territoriales incluyendo las siguientes acciones:	Ajustar el modelo de prestación de servicios de la ESE Rafael Tovar Poveda incluyendo la estrategia de atención primaria en salud.	Actualizar el modelo de prestación de servicios de la ESE Rafael Tovar Poveda.	X	
		Revisión del modelo de prestación de servicios de la ESE Rafael Tovar Poveda. Por parte de la alta gerencia	X	
		Acto administrativo de aprobación del modelo de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
ESTANDAR: 53. Código: AsPL23 El modelo de prestación en salud definida por la institución de explicaciones en desarrollo de los valores principios y elementos principales de la atención primaria en salud en el ámbito territorial contempla los siguientes criterios según se pertinente	Adopción de la estrategia atención primaria en salud emitida por el Ministerio de la Protección Social	Elaboración acto administrativo de adopción de la estrategia de atención primaria en salud.	X	
		Acto administrativo en firme de la adopción de la estrategia de atención primaria en salud.	X	
ESTANDAR: 54. Código: AsPL24 La institución planea implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de salud acordes con las necesidades en salud de la población que atiende y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria	Realizar análisis de la intervención APS para establecer estrategias de atención a dicha población	Consolidar las atenciones del equipo APS para elaborar el perfil epidemiológico de las poblaciones atendidas	X	
ESTANDAR: 61. Código: AsEJ7 El usuario y su familia acompañante o cuidador recibe la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico	Informar, y hacer recomendaciones a cuidadores y familiares sobre los procedimientos de apoyo diagnóstico del paciente	Registrar en la historia clínica del paciente las recomendaciones que se le realizan a cuidadores y familiares sobre los procedimientos de apoyo diagnóstico del paciente y sobre su patología		X
ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO				
ESTANDAR: 99. Código: DIR5 La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de	Evaluar si la atención brindada por el personal de la ESE es humanizada	Realizar auditoria en proceso de atención para determinar si la atención brindada a los pacientes es humanizada	X	



vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
ESTANDAR: 109. Código: DIR15 La organización establece y gestionó un plan de comunicación interna y externa	Diseñar el plan de comunicación interna y externa de la ESE Rafael Tovar Poveda	Diseñar el plan de comunicación interna y externa de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
		Mediante acto administrativo aprobar el plan de comunicación interna y externa de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
		Socializar plan de comunicación interna y externa de la ESE Rafael Tovar Poveda con el personal de la ESE y en sala de espera con los usuarios y pacientes.	X	
ESTANDAR DE GERENCIA				
ESTANDAR: 121. Código: GER.9 La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	Preguntar al paciente si la atención que recibió por parte del personal fue humanizada	Mediante la encuesta conocer la percepción de atención humanizada por parte del personal de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
TALENTO HUMANO				
ESTANDAR: 135. Código: TH2 Existe un proceso para la planeación del talento humano.	Establecer el Procedimiento de Gestión del Talento Humano de la ESE Rafael Tovar Poveda.	Elaborar el Procedimiento de Gestión del Talento Humano de la ESE Rafael Tovar Poveda.	X	
		Mediante acto administrativo aprobar el Procedimiento de Gestión del Talento Humano de la ESE Rafael Tovar Poveda.	X	
		Socializar el Procedimiento de Gestión del Talento Humano, con la oficina de Recursos Humanos de la ESE	X	
ESTANDAR: 150 Código: TH 17 La Institución provee y garantiza las condiciones laborales del personal que realiza actividades extramurales	Suministrar al personal extramural las condiciones necesarias para el	Suministrar el medio de transporte necesario, para que los equipos extramurales puedan llegar a la población rural.	X	

	desarrollo de su actividad	Suministrar a los equipos de trabajo extramurales, equipos biomédicos, chalecos de identificación y los EPP que requiere; para el desarrollo de su actividad	X	
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO				
ESTANDAR: 160. Código: GAF8 La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	Socializar mínimo 2 veces por año la política de no fumador y consumo de cigarrillo dentro de las instalaciones de la ESE Rafael Tovar Poveda.	Socializar mínimo 2 veces por año la política de no fumador y consumo de cigarrillo dentro de las instalaciones de la ESE Rafael Tovar Poveda.	X	
ESTANDAR: 162. Código: GAF10 En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	Mejorar las instalaciones físicas de las IPS que hacen parte de la ESE Rafael Tovar Poveda	Mejorar las instalaciones físicas de los puestos de salud de las IPS de la ESE Rafael Tovar Poveda	X	
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD				
ESTANDAR: 197. Código: MCC1 Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados	Elaborar el manual de auditoría, dando cumplimiento a todos los aspectos que contiene el estándar.	Elaborar el manual de auditoría de la ESE Rafael Tovar Poveda.	X	

Conclusión: Es importante resaltar que gracias al compromiso de la Gerencia, del equipo de Calidad y los diferentes Equipos Técnicos al interior de la Institución, se ejecutaron en gran parte las acciones de mejora propuestas y se llevaron a cabo las auditorías internas programadas; así mismo, el reporte del archivo ST002 que se carga en la plataforma de la SUPERSALUD se realizó dentro del tiempo establecido para tal fin.

FORMULA DEL INDICADOR No. 2	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	Superintendencia Nacional de Salud	24
Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC		25
Efectividad en el componente de auditoría, vigencia 2023		96%

Fuente de Información: Informe de la Superintendencia Nacional de Salud donde se evidencia el reporte de este indicador.



Indicador No. 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La ESE Rafael Tovar Poveda viene implementando la gestión por procesos como mecanismo para gestionar, mejorar y controlar las actividades fundamentales que determinan el desempeño institucional y garantizan la satisfacción de los usuarios. Este indicador es calculado obteniendo la relación entre número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas y el número de metas del Plan Operativo Anual programadas.

De acuerdo con las prioridades identificadas en las cuatro líneas estratégicas fundamentales y a la evaluación de cumplimiento realizada a las metas propuestas en el Plan de Acción del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023, en la vigencia comprendida del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023, obtuvimos los siguientes porcentajes de ejecución por procesos:

- Direccionamiento Estratégico 100%
- Gestión Asistencial 91%
- Gestión Financiera 88%
- Gestión de Recursos Físicos 75%
- Gestión del Talento Humano 100%
- Gestión de Sistemas de Información 100%

El nivel de cumplimiento del Plan de Desarrollo es de 91%, es decir que está en un nivel satisfactorio pues de las 34 actividades programadas se cumplieron 31 en un 100% y las 3 restantes fueron actividades que no se iniciaron durante la vigencia evaluada.

FORMULA DEL INDICADOR No. 3	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador	31
Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		34
Ejecución del Plan de Desarrollo institucional, vigencia 2023		91%

Fuente de Información: Informe del responsable de Planeación de la ESE.



3.2 ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Indicador No. 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Respecto a este indicador, para la ESE Rafael Tovar Poveda no aplica su calificación, dado que no nos encontramos como Institución clasificada en Riesgo Financiero, sin embargo, teniendo en cuenta que la Resolución por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado del nivel territorial, correspondiente a la vigencia 2023 no ha sido emitida por parte del Ministerio de Salud, se proyecta una matriz dada por este órgano de control y vigilancia que al ser calculada arroja SIN RIESGO.

FORMULA DEL INDICADOR No. 4	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizados en Riesgo medio o alto	RIESGO BAJO
Riesgo Fiscal y Financiero, Vigencia 2023		RIESGO BAJO

Fuente de Información: Informe de la Subgerente Administrativa y Financiera de la ESE quien certifica la categorización de la ESE y matriz de PROYECCIÓN RIESGO AÑO 2023.



Indicador No. 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1)

De acuerdo con el indicador, la Institución presentó una Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo en la vigencia evaluada de 0.99

Este indicador es calculado a partir de la información reportada ante el Ministerio de Salud y Protección Social y publicada conforme al Decreto 2193 de 2004, el cual mide la variación de los gastos entre periodos respecto a las unidades de producción. Las unidades de producción son las actividades asistenciales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social que realizan las ESE y que conforme al nivel de complejidad de la institución se les asigna un peso porcentual específico, las cuales sumadas establecen la producción equivalente (UVR).

La metodología señalada para el cálculo del indicador relaciona el gasto total comprometido de la entidad frente a la producción equivalente, reflejando una unidad de gasto por UVR.

Lo que se pretende medir es la optimización del gasto frente a la producción, aumento o decrecimiento de las actividades misionales.

Se puede evidenciar que el gasto aumentó de la vigencia 2022 a 2023 en \$1.734.521.089, a pesar de que la ESE realizó una contingencia de austeridad para mitigar o en su defecto salir de riesgo bajo el cual se encontraba para la vigencia 2019, aumentaron los gastos de contratistas ya que se realiza contrato de Subsidio a la Oferta y para dar cumplimiento a las metas propuestas fue necesario mayor contratación de personal; con el fin de disminuir la propagación del Covid-19 y dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, fue notorio el aumento de contratistas en el área asistencial.

De acuerdo al análisis realizado, para la vigencia 2023 la Institución NO entraría en riesgo, pero aún no se obtiene la resolución por parte del Ministerio.

FORMULA DEL INDICADOR No. 5	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	\$15.892.926.129
Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación		36.792
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación		\$14.158.405.040
Número UVR producidas en la vigencia anterior		32.501
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida		0.99

Fuente de Información: Pantallazo de ficha técnica de la página web del SIHO.



Indicador No. 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS:

- a. **COMPRAS CONJUNTAS**
- b. **COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**
- c. **COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.**

De acuerdo con el indicador, la entidad aporta valor de cero (0) al indicador, teniendo en cuenta que no realizó adquisición mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado o compras a través de mecanismos electrónicos durante la vigencia evaluada.

FORMULA DEL INDICADOR No. 6	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas, (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos	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. La certificación como mínimo contendrá:	\$ 0
Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada	1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador	\$614.546.599
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos a través de los mecanismos definidos, vigencia 2023		0

Fuente de Información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.

Indicador No. 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

La ESE Rafael Tovar Poveda con corte a 31 de diciembre de 2023, no presenta pasivos superiores a treinta (30) días, se ha dado prioridad al pago de salarios de los funcionarios.

FORMULA DEL INDICADOR No. 7	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con 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	0
Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación – Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior		0
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior		0

Fuente de Información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE.

Indicador No. 8 UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

Este indicador es el resultado del número de informes del análisis con base en RIPS presentados a la Junta Directiva durante el periodo evaluado, teniendo en cuenta que la ESE Rafael Tovar Poveda es calificada en el primer nivel de complejidad el informe debe contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.

Con respecto a este indicador, la Gerencia presentó ante la Junta Directiva los informes de análisis de RIPS de la vigencia 2023, en las fechas relacionadas a continuación:

- RIPS PRIMER TRIMESTRE DE 2023, presentado en Junta Directiva Ordinaria el 18 de julio de 2023.
- RIPS TRIMESTRE DOS Y TRES DE 2023, presentado en Junta Directiva Ordinaria el 25 de octubre de 2023.
- RIPS CUARTO TRIMESTRE DE 2023, presentado en Junta Directiva Ordinaria el 21 de febrero de 2024.

FORMULA DEL INDICADOR No. 8	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe	4
Número de informes presentados		4

Fuente de Información: Informe del responsable de Planeación de la ESE.



Indicador No. 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador muestra la relación entre los ingresos totales y los gastos comprometidos desde el orden presupuestal, cabe señalar que el porcentaje de cumplimiento se ve afectado por la oportunidad en el recaudo a partir de la venta de servicios.

Se obtiene una disminución en el recaudo frente a la vigencia 2022 de \$80.484.485, se evidencia que el valor de gastos frente a lo recaudado es de \$ 877.795.726, es satisfactorio ver que se trabaja en equilibrio presupuestal frente a recaudo ya que desde el año 2019 no se lograba llegar a una diferencia significativa, esto se debe a la austeridad, cobro de cartera y proyección cada trimestre de los gastos.

FÓRMULA DEL INDICADOR No. 9	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores)	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	\$16.855.501.949
Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)		\$19.600.460.142
Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo		0.86

Fuente de Información: Pantallazo de ficha técnica de la página web del SIHO.



Indicador No. 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

La institución no ha cumplido oportunamente con el reporte, términos y condiciones de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto a aspectos de información financiera y contable, la cual se diligencia y reporta trimestralmente por el Área Financiera de la entidad, para ello se cuenta con cronograma de presentación de informes, se expone ante el personal responsable de la información, se hacen las revisiones a que haya lugar y posteriormente el cargue y validación del mismo.

FORMULA DEL INDICADOR No 10	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Superintendencia Nacional de Salud	CUMPLE
Cumplimiento oportuno vigencia 2023		100%

Fuente de Información: Informe de la Superintendencia Nacional de Salud donde se evidencia el reporte de este indicador.

Indicador No. 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPÍTULO 8, TÍTULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

La institución ha cumplido oportunamente con el reporte de la información establecida en el Decreto 2193 de 2004, que contiene los formularios de diligenciamiento trimestral, semestral y anual, cargados por el Área Financiera y Planeación, en los términos y condiciones establecidos por la normatividad vigente.

FÓRMULA DEL INDICADOR No. 11	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente objeto de evaluación	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumplimiento en términos previstos
Cumplimiento oportuno vigencia 2023		100%

Fuente de Información: Pantallazo del Ministerio de Salud y Protección Social.



3.3 ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL

Indicador No. 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

En algunas IPS de la ESE Rafael Tovar Poveda el número de gestantes captadas aumentó con relación al año 2022, como es el caso de la IPS Belén que pasó de captar 84 a 95 gestantes antes de la semana 12 aumentando en un 13%, pero en otras IPS no se ve reflejado un aumento a pesar de la búsqueda realizada en cada municipio, de la priorización para la toma de muestras de embarazo y la asignación de la primera consulta prenatal lo antes posible (preferiblemente el mismo día del resultado positivo del examen de la prueba de embarazo) la proporción de gestantes captadas a más tardar en la semana 12 de gestación durante la vigencia 2023 fue del 73%.

Varias estrategias fueron implementadas en la ESE para la captación temprana de gestantes como la demanda inducida con la ayuda del laboratorio clínico, de todo el personal institucional capacitado y las jornadas extramurales realizadas tanto en zona urbana como rural con los recursos de subsidio a la oferta, de atención primaria en salud y además el apoyo de los técnicos del riesgo de las EAPB, pero no se logró cumplir la meta para este indicador. Importante tener en cuenta que se identifican algunas barreras de acceso de la gestante a los servicios de salud como condiciones administrativas, geográficas, económicas y culturales.

Conocedores de la importancia de contar con un control periódico desde una etapa muy temprana de gestación porque permite identificar a las pacientes con mayor riesgo obstétrico y perinatal, además de contribuir a conductas saludables durante el embarazo, incluso si es un embarazo normal, la ESE continuará aunando esfuerzos para lograr aumentar la meta y de esta forma garantizar que tanto madre e hijo tengan un excelente estado de salud y ayudarlos a prevenir un gran número de complicaciones.

Sin embargo, es preciso indicar que inscritas al programa son más usuarias, pero revisando cada caso algunas no se tienen en cuenta en este indicador porque su primer control prenatal fue en otra IPS o son residentes en otro municipio y por tener su carnet de salud de acá no iniciaron control prenatal a tiempo en nuestra institución o por trámites administrativos presentaron demora en el traslado de sus servicios de salud.



FORMULA DEL INDICADOR No. 21	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación	Informe del 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 o no en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador (4)	316
Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación		435
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación		0.73%

Fuente de Información: Informe del Comité de Historias Clínicas.



Indicador No. 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

Durante la vigencia 2023 la ESE Rafael Tovar Poveda no realizó notificación de casos de Sífilis Congénita en partos institucionales atendidos en sus sedes de atención, de acuerdo al certificado emitido por la Secretaría de Salud Departamental.

Para evitar los casos de recién nacidos afectados por sífilis congénita y prevenir esta infección de transmisión sexual en los municipios que conforman la ESE, se tiene prioridad en que todas las gestantes acudan al control prenatal en el primer trimestre o tan pronto conozcan su estado de embarazo y que se practiquen la prueba rápida diagnóstica, si esta da positiva, inician de inmediato el tratamiento con su pareja. El tratamiento para la sífilis es gratuito y debe realizarse completo para que sea efectivo, tanto la mujer gestante como su pareja y así evitar la reinfección y la sífilis congénita.

FORMULA DEL INDICADOR No. 22	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	a) Cuando no existan casos de Sífilis Congénita: concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos b) Cuando existan casos de Sífilis Congénita: concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado	0 casos
Incidencia de Sífilis congénita		0

Fuente de Información: Concepto de la Secretaría de Salud Departamental.

Indicador No. 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Durante el año 2023 la ESE Rafael Tovar Poveda en cada una de sus IPS cuenta con el registro en las bases de datos de los pacientes inscritos en el Programa de hipertensión arterial, así: Belén de los Andaquíes 600, San José del Fragua 326, Albania 56 y Curillo 241 para un total de 1.223 pacientes en seguimiento, se cuenta con el contrato de la Ruta cardiovascular, la demanda inducida y con personal médico presencial para este programa (Enfermedad Hipertensiva).

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan la primera causa de morbilidad a nivel de nuestros municipios de Belén de los Andaquíes, San José del Fragua, Albania y Curillo de forma permanente en los Comités de Historias Clínicas se realiza la revisión de estas para verificar su adherencia a la guía y en el plan de capacitación anual al personal institucional se llevaron a cabo los siguientes temas: Ruta Cardiovascular y Resolución 4003 de 2008, Resolución 3280 de 2018 atención en salud por medicina general o familiar para la adultez y vejez, Fomentos de estilos de vida, trabajo saludable y Riesgo Cardiovascular, enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión, Diabetes, EPOC, Dislipidemias), implicaciones legales por mal diligenciamiento de historias clínicas entre otras, fortaleciendo este programa, además continuamos con el uso de la historia clínica digital lo que ha generado el mejoramiento en la calidad del dato y la revisión de los factores trazadores según la guía de manejo clínico, es así que con el programa SUROS nos ha permitido actualizar nuestro sistema de información, la calidad de los reportes y los registros clínicos.

Todo esto, para dar aplicación estricta de las Guías de Práctica Clínica y la Resolución 4003 de 2018 logrando la adherencia a las mismas, reiterando la importancia del control de la hipertensión para prevenir la progresión de las comorbilidades con un impacto directo en la calidad de vida y la contención del costo de atención del paciente en la mediana y alta complejidad.

FORMULA DEL INDICADOR No. 23	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)	225
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación		248
Evaluación aplicación guía de atención HTA		0.91

Fuente de Información: Informe del Comité de Historias Clínicas.



Indicador No. 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Durante la vigencia 2023 se evidenció el aumento de los usuarios en el control de Crecimiento y Desarrollo esto debido a la terminación de la declaratoria de pandemia, el ingreso nuevamente de los estudiantes al aula escolar, a los CDI y Hogares Infantiles, principalmente un aumento en la asistencia en los municipios de Belén de los Andaquíes, San José del Fragua y Curillo en relación a la vigencia 2023.

La aplicación de la guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo arrojó un porcentaje de 80%, lo cual evidencia un resultado satisfactorio en la adherencia que ha tenido el programa, esto nos permite detectar de manera oportuna las enfermedades en la población menor a 10 años, facilitar su diagnóstico y tratamiento, buscando reducir la duración de la enfermedad y realizar una remisión a pediatría de forma oportuna, lo anterior, porque se priorizó en el plan de capacitación anual al personal institucional los siguientes temas: Resolución No. 2465 de 2016 Crecimiento y Desarrollo, AIEPI- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Estrategia IAMI, Resolución 3280 de 2018 Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna, Resolución 3280 de 2018 Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia e infancia, implicaciones legales por mal diligenciamiento de historias clínicas, entre otras.

FORMULA DEL INDICADOR No. 24	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación	Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)	555
Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación		690
Evaluación aplicación guía de atención Crecimiento y Desarrollo		0.80

Fuente de Información: Informe del Comité de Historias Clínicas.



Indicador No. 25: PROPORCIÓN DE REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

El resultado obtenido de este indicador constituye una fuente valiosa dado que nos indica la calidad de la atención en términos de racionalidad técnico-científica y efectividad del diagnóstico y tratamientos aplicados en la atención al paciente, así como la capacidad resolutive de la institución en las órdenes emitidas tras el egreso del paciente y la educación en auto-cuidado del mismo.

Durante la vigencia 2023 se realizaron 12.074 consultas en el servicio de Urgencias de las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda y se registró un número de 319 pacientes como reingreso al servicio, equivalente al 0,026%. Resultado no significativo con la escala de evaluación.

FORMULA DEL INDICADOR No. 25	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	319
Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación		12.074
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, vigencia 2023		0.026

Fuente de Información: Pantallazo de ficha técnica de la página web del SIHO.

Indicador No. 26: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA GENERAL

La Oportunidad, según el Decreto 1011 de 2006 se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

La oportunidad promedio en la atención de consulta médica general para la vigencia 2023 fue de 0,358 días, calculado de acuerdo con el indicador gracias a que se garantiza el sistema de agenda abierta para asignación de citas en todas las sedes de atención de la ESE Rafael Tovar Poveda.

FORMULA DEL INDICADOR No. 26	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	5.689
Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación		15.871
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general, vigencia 2023		0.358

Fuente de Información: Pantallazo de ficha técnica de la página web del SIHO.



**3. MATRIZ DE CALIFICACIÓN
(Anexo No. 4 Resolución 408/2018)**

Matriz de Calificación ESE RAFAEL TOVAR POVEDA VIGENCIA 2023							
AREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	LINEA BASE 2022	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,93	1,20	5	0,05	0,25
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	1,00	96,00	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,82	91,00	5	0,10	0,50
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero.	N/A	N/A			
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	0,91	0,99	3	0,057	0,171
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0	0	0	0,057	0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0	0	5	0,057	0,285
	8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones-RIPS	4	4	5	0,057	0,285
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,95	0,86	1	0,057	0,057
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO CUMPLE	CUMPLE	5	0,057	0,285
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Seccion 2, -capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro de Decreto Unico Reglamentario del Sector Salud y proteccion Social o la norma que la sustituya.	CUMPLE	CUMPLE	5	0,058	0,29
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,74	0,73	3	0,08	0,24
	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 CASOS	0 CASOS	5	0,08	0,4
	23	evaluación aplicación de guías de manejo específica:Guía de atencion de enfermedad hipertensiva.	0,92	0,91	5	0,07	0,35
	24	Evaluación de aplicación de Guías de manejo de Crecimiento y desarrollo.	0,82	0,80	5	0,06	0,3
	25	proporcion de reingreso de pacientes al servicio urgencias en menos de 72 horas.	0,02	0,03	5	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general.	0,43	0,36	5	0,06	0,30
TOTAL						1,00	4,213
						SATISFACTORIA	