

## SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES DEL CUARTO TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2019

### 1. OBJETIVO

*Realizar seguimiento a la ejecución de las metas producto anual definidas en los Planes Operativos Anuales en cada uno de los procesos y ejes de acreditación correspondiente al primer trimestre de 2020, que permitan dar cumplimiento a los postulados del Plan de Gestión de la ESE Salud del Tundama.*

### 2. ALCANCE

*Inicia con la identificación de las actividades y estrategias definidas en los POA a ejecutar hasta al primer trimestre de 2020 y termina con el seguimiento en el cumplimiento de las mismas acorde a lo registrado en el sistema de gestión ALMERA.*

### 3. PROCESOS INVOLUCRADOS

*Todos los procesos*

### 4. SOPORTES

*Plan de Gestión  
Planes Operativos Anuales de los procesos  
Sistema Almera*

### 5. DESARROLLO

Para esta vigencia 2020 se definieron adicional a los Planes Operativos de los procesos institucionales, los de los ejes de acreditación. Lo anterior para garantizar la ejecución de las acciones que le permita a la Institución la continuidad y fortalecimiento del proceso de Acreditación.

### **GESTIÓN JURÍDICA:**

En referencia a la elaboración de la Política de Prevención de Daño Antijurídico y de Defensa Judicial de la entidad y acorde a la evidencia cargada por el líder del proceso de Gestión Jurídica se observa que dicho documento no cumple ni en su

estructura y contenido a lo establecido por la ESE Salud del Tundama para lo que es una política institucional.

En la elaboración del Plan de acción de política de prevención, debe ser ajustado a los lineamientos de los que es “Plan de Acción” y las actividades que deben contemplar

Por lo anterior no se puede tener medición en la ejecución del plan de acción de la política de prevención dentro de la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA

No se evidencia avance alguno en la actualización de documentos dentro de los procedimientos a desarrollar en el proceso de Gestión Jurídica.

Ejecutar el plan de acción de la política de prevención, en los entes de control y vigilancia (Radical informes trimestrales en la Secretaría de Salud Departamental, Reportar la información jurídica en la plataforma Ekoqui en los términos establecidos anualmente, actualizar mes a mes la información en la plataforma SiHo).

### **GESTIÓN CONTRACTUAL:**

Ajustado al estatuto de contratación y la normatividad vigente se adelantaron procesos contractuales en lo corrido de la vigencia de la siguiente manera:

- 87 contratos directos de prestación de servicios
- 21 contratos directos de suministros
- 1 contrato directo de apoyo tecnológico
- 7 contratos de mantenimiento
- 3 subastas de suministros
- 1 convocatoria de suministros

Para el primer trimestre de la vigencia los líderes de procesos no han hecho solicitud de capacitación en estudios previos, Estatuto de contratación, Manual de contratación y funciones de Supervisores de contratos.

Teniendo en cuenta lo establecido en acta No. 004 de la vigencia 2019 el comité de compras y de contratación aprobó el Plan de Adquisiciones Vigencia 2020, teniendo previamente en cuenta las necesidades que cada proceso identificó para la realización de las actividades a ejecutar en la siguiente vigencia.

Aprobar el plan de adquisiciones vigencia 2020  
Ejecutar el Plan de adquisiciones vigencia 2020  
Publicar en el Secop las modificaciones que se le hagan al plan de adquisiciones vigencia 2020  
Revisar y ajustar los procedimientos del proceso de contratación, articulados con los procesos de jurídica y financiera.

Los procesos contractuales que viene adelantando la ESE para este trimestre, se llevan a cabo según el Manual de Contratación de la ESE, se publican en la página web de la ESE Salud del Tundama y en página del SECOP I en donde pueden ser consultados.

No se evidencia avance alguno en la actualización de documentos dentro de los procedimientos a desarrollar en el proceso de Gestión Contractual.

### **GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA:**

El plan de mantenimiento institucional para la vigencia 2020 fue elaborado y presentado a la Dirección de Prestación de servicios de la Secretaría de Salud Departamental con los ajustes requeridos el día 5 de febrero de 2020, dando cumplimiento a las actividades institucionales y a los lineamientos de la Circular 329 del 16 de diciembre de 2019 de la Secretaría de Salud Departamental.

Ejecución de los mantenimientos preventivos programados según el cronograma de mantenimiento

Durante el Primer Trimestre del año 2020, se ejecutaron las actividades de mantenimiento preventivo programadas acorde a cronograma entre las que se tienen:

1. Mantenimiento preventivo al ascensor de la institución
2. Revisión de equipo de carretera, estado llanta de repuesto, nivel de aceite hidráulico y estado de los extintores en los 4 vehículos de la institución
3. Cambio de aceite por cumplimiento de kilometraje
4. 395 actividades planeadas de Mantenimiento preventivo de equipos biomédicos
5. 82 actividades planeadas de mantenimiento preventivo a equipos industriales de uso hospitalario.
6. 2 actividades de mantenimiento a los equipos de apoyo tecnológico.

Se garantizó el cargue de los mantenimientos preventivos realizados a las hojas de vida cargadas en el módulo de mantenimiento de ALMERA.

Para el primer trimestre del año 2020 se presentaron 10 actividades de mantenimiento correctivo reportadas a través del sistema Almera siendo ejecutadas y cargadas en sus hojas de vida del equipo en su totalidad.

En lo corrido de la vigencia 2020 a través del comité de Tecnovigilancia se han realizado el análisis de 17 sucesos de seguridad reportados, los cuales no fueron catalogados como eventos o incidentes adversos y no se encuentran asociados a la falla o uso de la tecnología o dispositivos médicos utilizados en la ESE.

En cuanto al reporte de eventos e incidentes adversos por el uso o falla de los dispositivos médicos ante el INVIMA para el trimestre su reporte fue en cero (0).

Se brindó capacitación en la identificación de las tecnologías de la institución a ocho (8) colaboradores de los procesos asistenciales y administrativos obteniendo una adherencia del 87.5%. Finalmente se brindó capacitación y entrenamiento a las nueve (9) colaboradoras del servicio de laboratorio en el equipo VIVOLIGHT (Buscador de venas VIVO500S INFUSION).

## **RESPONSABILIDAD SOCIAL:**

### *En su primera línea de acción:*

*Realizar el proceso de inducción al personal que ingresa a la institución*

*Brindar educación e información de las líneas estratégicas, avances e indicadores del programa Ambientese a colaboradores en 3 espacios de capacitación general, realizando la verificación por medio de las listas de asistencia a las jornadas*

*Sensibilización en el tema ambiental a los usuarios de la E.S.E. Salud del Tundama por medio de las charlas en salas de espera, utilización del material audiovisual (8 videos) del que dispone el programa para emitirlo en los televisores de las salas de espera*

*Desarrollar rondas ambientales de manera bimensual en las diferentes áreas de la institución y en la atención extramural*

*Uso eficiente de la energía con una disminución de 6% anual*

*Uso eficiente del recurso hídrico con una disminución de 1% anual*

*Uso eficiente del papel con una disminución de 3% anual  
Diseñar estrategias que permitan el aumento en un 5% de material reciclable con respecto a la vigencia anterior*

*En su segunda línea de acción:*

Inicialmente la estrategia "Planifica tu futuro" pretende incorporar actividades lúdicas y concertadas con una institución educativa del Municipio de Duitama. En desarrollo de esta estrategia se focalizó a ser realizada en conjunto con personal de la Institución educativa Colegio Boyacá, como consecuencia de las acciones adelantadas en el marco de la emergencia sanitaria por COVID – 19 y la declaración de cuarentena establecida por la presidencia de la República se acordó con la institución educativa en realizar una guía que contenga cada uno de los temas de la estrategia (Habilidades para la vida, Derechos sexuales y reproductivos; prevención de embarazos en la adolescencia y proyectos de vida) la cual fue elaborada y socializada a la psicoorientadora MARIA GEMA TORRES del colegio Boyacá, siendo aprobada mediante acta. Una vez se levante aislamiento se realizaran cronograma para la realización de talleres para afianzar las temáticas de la guía.

Se avanzó en el ajuste del programa de Responsabilidad social, el cual se encuentra en revisión por parte de Mejoramiento Continuo.

*En su tercera línea de acción:*

La ESE Salud del Tundama en cumplimiento de la Resolución 312 del 13 de Febrero de 2019, la cual establece que las evaluaciones médicas de acuerdo a la normatividad y los peligros /riesgos a los cuales se encuentren expuestos los trabajadores se deben realizar de manera obligatoria, para garantizar que todos los colaboradores de la Institución se practiquen los exámenes médicos ocupacionales se realizó revisión a través de los soportes en hojas de vida verificando que se cuente con los exámenes médicos ocupacionales de los colaboradores por prestación de servicios y tercerizados; evidenciándose que el 100% de ellos (Colaboradores por prestación de servicios, Temporal, Vigilancia, Servicios Generales), mientras que para el personal de planta se evidencia el 53% del personal con exámenes médicos vigentes debido a suspensión del contrato por la emergencia sanitaria COVID – 19.

En lo corrido del trimestre se ha venido realizando Tamizaje de Riesgo Cardiovascular y Metabólico a los colaboradores de la Institución con el apoyo del Jefe Fabio Andrés Araque Zuta, líder del programa de Crónicos de la Institución.

## **GESTIÓN DEL RIESGO:**

Se viene realizando ajuste al procedimiento “Gestión del Riesgo” en el que se incorpora el riesgo clínico y la metodología de seguimiento de impacto de la gestión del riesgo. Los ajustes relacionados con el riesgo clínico fueron realizados por la referente de gestión del riesgo clínico (Dra. Catherine). Una vez sea aprobado los ajustes se debe garantizar la socialización en comité de seguridad del paciente y comité institucional de gestión y desempeño.

Se debe fortalecer la gestión en la actualización de los riesgos institucionales

## **GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL**

Ejecución del inventario físico de información de la ESE Salud del Tundama.

Cruce de datos información entre RIPS y facturación para establecer las diferencias entre este paralelo.

Planes de mejora

Creación de estrategias para garantizar la calidad de la información y los tiempos de respuesta.

Inventario de documentos que debe tener cada proceso informar a Profesional de Apoyo para cargue

Realizar verificación de cada uno de los documentos por parte de los líderes responsables de los procesos y realizar los ajustes hallados

Ajuste al plan de comunicaciones, según normatividad vigente y aprobación del mismo.

Ajustar interfaz ASIS - ANNAR, y realizar seguimiento a su correcto funcionamiento. (Los resultados de los equipos de laboratorio en comodato de la empresa ANNAR pasen automáticamente al software institucional ASIS, para evitar la errada transcripción de los datos.)

## GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Realizar la evaluación de desempeño conforme a lo establecido en el sistema Tipo de la CNSC (Comisión Nacional del Servicio Civil) las directrices y lineamientos para la formulación y aplicación de la misma a los funcionarios de la Entidad.

Se viene realizando la gestión y trámite de novedades del personal de planta y en misión de la Institución. Durante el primer trimestre se garantizó la vinculación del personal contratista y en misión acorde al Manual de perfiles definido para la institución.

Implementar y medir el Plan de Capacitación del personal.

Implementar y medir el Programa de Inducción y Re-Inducción

Realizar medición de la cultura organizacional y mejora de la misma.

Realizar actualización del programa de cultura organizacional a partir de los resultados de la medición.

Implementar y medir el programa de cultura organizacional

Formulación del documento planeación del talento humano y suficiencia de personal acorde a la capacidad instalada, oferta y demanda de servicios.

Implementación y medición del documento planeación del talento humano y suficiencia de personal.

Realizar manual o guía de buenas prácticas de integridad

Realizar identificación de necesidades de bienestar, estímulos e incentivos del Talento Humano.

Plan de Bienestar, Estímulos e Incentivos (estructurado a partir de la identificación de necesidades de bienestar, estímulos e incentivos).

Aplicación y consolidación de encuesta de clima organizacional.

Revisar los documentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que le den cumplimiento a la normatividad vigente.

Se realiza revisión de los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo en cuenta que den cumplimiento a la normatividad vigente.

1. Se actualiza la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos, a los cuales se encuentran expuestos los Colaboradores de la Institución, teniendo en cuenta la (Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados) por Emergencia Sanitaria presentada a nivel mundial.
2. Se debe incluir en la matriz de requisitos legales, la normatividad relacionada con le Emergencia Sanitaria (COVID-19).
3. Se debe documentar el procedimiento control de cambio

Se elabora Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para la vigencia 2020, el cual se encuentra en implementación y evaluación de actividades establecidas para el COPASST, CHE, Brigada de Emergencias y ARL, de las cuales se programaron 23 actividades para el Primer Trimestre, obteniendo un cumplimiento del 100% en la ejecución de las actividades, lo cual obedece a un porcentaje anual de avance del 25%.

En jornada de Inducción realizada el 13 de febrero de 2020 a los colaboradores nuevos que ingresan a la institución se brindó capacitación en las generalidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, igualmente el día 24 de febrero de 2020 en jornada de capacitación general por parte de los miembros del COPASST se socializa a los colaboradores de la institución las generalidades del SG – SST.

Se cuenta con la actualización dr la Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos para la vigencia 2020.

En cuanto a la aplicación periódica de rondas internas, listas de chequeo a señalización, elementos de protección personal (EPP), áreas de trabajo, botiquines y extintores; se tiene que para el primer trimestre del año 2020, se realizaron inspecciones a los siguientes elementos:

1. Elementos de Primeros Auxilios (Botiquines) - (Enero, Febrero y Marzo)
2. Extintores (Marzo)
3. Camillas (Marzo)
4. Inspección de Áreas (Marzo)
5. Inspección de Señalización (Marzo)
6. Inspección Elementos de Protección Personal (EPP) - (Enero, Febrero y Marzo)

Los hallazgos más recurrentes son:



Para los elementos de Primeros Auxilios: faltan elementos tales como: termómetros los cuales se contemplaron en el presupuesto para el año 2020.

Se observa que el paso hacia la camilla ubicada en el parqueadero esta obstaculizado.

Revisar las correas de la camilla que se encuentra ubicada en Recepción de Prioritaria.

En cuanto a la realización de la investigación de incidentes y accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales, se tiene que para el primer trimestre de la vigencia se presentó uno (1) de una colaboradora de la parte asistencial realizando labores extramurales en el que se realizó un sobre esfuerzo, se realizó la respectiva investigación del accidente de trabajo y se hicieron las respectivas recomendaciones.

## **GESTIÓN AMBIENTE FISICO**

Actualizar la metodología de stock de inventarios de forma que se pueda garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para la adecuada prestación del servicio y acorde a esta metodología garantizar su implementación.

Solicitar y verificar la implementación del módulo de activos en el software Genesis

Realizar el seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones verificando su cumplimiento y cuando sea necesario realizar las actualizaciones que sean necesarias según el procedimiento establecido. Para esta actividad no evidencia ningún seguimiento al Plan anual de adquisiciones, ni como se ha dado el comportamiento en la ejecución del Plan. La evidencia cargada no corresponde con el % de cumplimiento.

En cuanto a recibir, codificar, plaquetear e ingresar bienes a bodega, previa confrontación de sus características, marcas, modelos, series, tamaños y cantidades, contra los soportes que ordenan o sustentan las operaciones de ingreso. La ESE cuando adquiere un activo fijo, verifica las características en el momento de recibirlo y realiza la entrada en el software Génesis clasificándolo como activo fijo lo plaquetea con la identificación de activos fijos de la E.S.E. Para el mes de marzo se adquirieron dos sillas de ruedas.

Para almacenar materiales, materias primas, y productos terminados en forma técnica, oportuna y proteger los elementos bajo su custodia contra hurto, daño o deterioro. La Institución cuenta con tres bodegas para el almacenamiento adecuado distribuidas de la siguiente manera: Bodega 1: almacenamiento de insumos médico quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio; se registra los valores de temperatura y humedad dos veces al día con el fin de asegurar las condiciones adecuadas de almacenamiento; los insumos se encuentran almacenados en estantes y sobre estivas plásticas. Se cuenta con las actas de recepción técnica de estos insumos. Bodega 2: Se encuentra almacenados elementos de papelería y cafetería. Bodega 3: Se encuentran almacenados productos de aseo. Las tres bodegas permanecen debidamente cerradas con seguro para proteger los elementos contra hurto.

Para atender con prontitud los requerimientos de bienes de los diferentes procesos y servicios, desde la misma formulación del Plan Anual de Adquisiciones de la ESE en el que se proyectaron las necesidades de los procesos, la Institución ha venido realizando las adquisiciones acorde a los procedimientos y normas institucionales siendo entregadas a cada proceso las diferentes solicitudes de insumos.

De manera mensual se ha venido reportando a la oficina de contabilidad el valor en saldos de los diferentes insumos que se encuentran en almacén

Informar y adelantar los procedimientos establecidos para dar de baja los bienes inservibles y los no útiles u obsoletos, de conformidad con los procedimientos institucionales

Para mantener actualizado la relación de bienes de la institución Se cuenta con un archivo con el listado de los bienes muebles y elementos devolutivos de la institución y el nombre de la persona responsable de su custodia y se actualiza cada vez que se haga un cambio al interior de los procesos

En cumplimiento a los procedimientos establecidos se realizó la entrega de inventario de los diferentes activos fijos y elementos necesarios para el cumplimiento de sus funciones a los colaboradores contratados

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE**



Involucrar a los líderes e integrantes del Comité de seguridad del paciente a través de la socialización de temas propios de la política y el programa de seguridad del paciente en las reuniones mensuales del comité.

Establecer en el procedimiento de análisis de eventos de seguridad del paciente, los tiempos de respuesta oportuna del análisis asignado al líder y los equipos de mejoramiento institucional

Fortalecer la búsqueda activa de sucesos de seguridad a través de la auditoria de historias clínicas.

Auditoria de historias clínicas de servicio extra-mural orientada a la búsqueda activa de sucesos de seguridad durante el proceso de atención (mensual)

Ejecución de Rondas amigables con la Junta directiva

Seguimiento a recurrencia de sucesos de seguridad, y planes de mejora establecidos por parte de los líderes

Capacitar a los gestores frente al rol a desempeñar: actividades definidas: - Verificar y acompañar a su equipo de trabajo en el cumplimiento de las barreras de seguridad de la Institución.

Involucrar a gestores en la planeación y ejecución de actividades del “Día de lavado de manos” en las fechas 05 de mayo y 15 de octubre de 2020

## **HUMANIZACIÓN**

Mejorar la adherencia a los Derechos y Deberes, mediante aplicación de 40 listas de chequeo al mes a los usuarios de la institución, estas listas de chequeo se aplicaran de manera continua a los usuarios en los diferentes servicios. La evidencia no corresponde con la actividad definida.

En mejorar la adherencia a los Derechos y Deberes por parte de los colaboradores, a través de rondas de humanización en los diferentes servicios, una vez por semana con el fin de socializar los derechos y deberes de los usuarios recordando la importancia de que estos se divulguen durante el momento de atención. Se realizara entrega de material (folletos, boletín informativo, cartelera). Como resultado de la aplicación de las listas de chequeo

evidencia una adherencia de apenas el 45,83% para el mes de febrero con 24 listas de chequeo aplicadas, mientras que para el mes de marzo alcanza una adherencia del 70% con 10 listas de chequeo aplicadas.

Fortalecer la comunicación asertiva a través de dos capacitaciones trimestrales dirigida a los colaboradores de la institución, brindando herramientas que faciliten el manejo de información en un lenguaje claro y efectivo para el paciente. La evidencia no corresponde con la actividad.(socialización programa de Humanización)

Garantizar la educación a los usuarios de la institución en el adecuado uso de las instalaciones físicas, a través de rondas de humanización del ambiente físico donde se realizara sensibilización y educación sobre el cuidado de los recursos e instalaciones físicas. La evidencia no da respuesta a la actividad, se carga solamente listado de asistencia más no informe de resultados de las rondas de humanización que evidencia la percepción de los usuarios.

Garantizar acompañamiento emocional a los usuarios que acepten recibir apoyo a través de dos sesiones por el servicio de psicología. Se elaboraron listas de chequeo se encuentran pendientes de aprobación por parte de comité PACAS

Garantizar que se realicen rondas de humanización en los servicios misionales una vez por semana (elaborar informe). No evidencia seguimiento en el tiempo establecido (semanal)

Definir y ejecutar acciones correctivas de acuerdo a los resultados de las rondas de humanización y del desempeño de los indicadores

## **GESTIÓN FINANCIERA**

Realizar los registros en plataforma 2193 de la producción (Consultas Electivas. Exámenes de laboratorio, Número de imágenes diagnósticas tomadas, Dosis de biológico aplicadas, Citologías cervicovaginales tomadas, Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo), realizada por la ESE

*Establecer a través de la UVR obtenida en la vigencia anterior evaluaciones del comportamiento que se dé para la vigencia actual. No registra evaluación alguna en la actividad*

*Establecer controles de radicación de cuentas por parte del supervisor y que las mismas cumplan con los requisitos establecidos para pago. En el trimestre enero marzo se dejaron de pagar \$327.089.470.16 lo que refleja que no se han*

establecido los controles asuecuados por parte de los supervisores principalmente en cuentas con proveedores.

Garantizar que se cuente recurso efectivo para realizar los pagos que demande la ESE El análisis no corresponde con la actividad

Presentar informe mensual a Gerencia con análisis de comportamiento de ingresos vs gastos que sirvan de soporte para toma de decisiones

Establecer revisiones que permitan tanto al área de prevención y promoción como asistencial verifique que los RIPS reportados a las Aseguradoras estén registrados todos los servicios que se prestan y con la estructura que requiera por Aseguradora

Implementar acciones de mejora que permitan evidenciar el seguimiento a las acciones correctivas implementadas

Radicar la facturación en los tiempos establecidos al siguiente mes que se realiza la prestación del servicio, Se presentan dificultad para radicar facturación principalmente con COMPARTA por que la cápita no se ha radicado por cuanto no se ha suscrito contrato para la vigencia.

Obtener un recaudo del 70% de las cuentas por cobrar de los servicios prestados en vigencia anteriores. Para el año 2020 se tiene una cartera total de \$1,783,037,719.29 siendo la más alta la de COMPARTA con \$866,551,205.00 que corresponde al 48.60% en el trimestre enero-marzo se dio el siguiente comportamiento:

enero	257,500,513.00
Febrero	241,892,823.00
Marzo	38,087,122.00
Total	<b>537,480,458.00</b>

Equivalente al 30.14%.

Desarrollar cruce que permitan establecer si los servicios que presta la ESE son facturados y cobrados a las Aseguradoras. La gestión realizada es la siguiente:

Se realiza cruce con COOSALUD el día 30 de enero del 2020 arrojando una cartera coincidente con corte a 31-12-2019 de \$ 160.864.664. En el año 2019 se había radicado derecho de petición solicitando la cancelación de lo adeudado. Por el incremento de la cartera y dado que la misma se da por facturación evento la Gerencia cerro servicios, promoción y prevención finalizado el mes de enero y todo el mes de febrero 2020, logrando con ello la cancelación de 197.334.344 correspondiente a pagos de los años 2018-2019.

COMPARTA se realizó legalización de liquidación contrato cápita 2018 con saldo a favor de la ESE de \$224.864.493 y previo cruce de cartera, la Gerencia concretando saldos de liquidación por \$71.925.543

NUEVA EPS se realiza liquidación mensual de afiliados años 2016-2017 con saldo a favor de la ESE de \$ 47.266.740

*Garantizar que los informes sean confiables con información consistente confiable acorde con los registros del software y dentro de los plazos establecidos por los Entes de control. Con corte a 31 de marzo del 2020 se presenta el primer informe a los Entes de control con el cargue de archivos al CHIP.*

## **MEJORAMIENTO CONTINUO**

En cuanto a realizar autoevaluación de los servicios habilitados en la sede Principal de la E.S.E Salud del Tundama y Servicios extramurales, dando cumplimiento a la Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019, en lo que respecta al capítulo II Autoevaluación e Inscripción en el REPS y las disposiciones en el artículo 5 y 8. La autoevaluación anual la realizaran los prestadores de servicios de salud, cuando termine el periodo de transitoriedad de la Resolución 2003 a la Resolución 3100 de 2019.

Para el año 2020 se establece plan de auditoria anual al sistema único de habilitación para la E.S.E Salud del Tundama el cual es aprobado por líder de gestión de mejoramiento continuo y Gerencia, quedando cargado en software ALMERA

En cuanto a la ejecución del plan de auditoria para cada servicio, acorde a las evidencias refiere un informe entregado al 20 de enero de 2020 de acciones priorizadas cargadas en Almera, pero no de las ejecuciones de las contempladas en el mes de febrero y marzo acorde a plan de auditoria aprobado.

Se inicia verificación de estándares de habilitación por servicio y se establecen planes de mejora para hallazgos encontrados en transporte asistencial básico, brigadas o jornadas (modalidad extramural) y servicio de esterilización.

Verificar la ejecución de los planes de Mejora

En lo relacionado a la consolidación y reporte de indicadores del sistema único de Información para la calidad en salud a los respectivos entes de control, de manera mensual se ha venido realizando el respectivo cargue a las plataformas establecidas.

De manera mensual se realiza seguimiento aleatorio a los indicadores y se envían observaciones por separado a cada uno de los responsables para tener en cuenta en los futuros cargues, se envía correo masivo con el fin de recordar el cargue y análisis de los indicadores los primero 5 días hábiles de cada mes.

Se llevó acabo la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación acorde a la metodología institucional, se establecieron las oportunidades de mejora para la vigencia 2020 a través del Pamec, para lo cual se determinó como cronograma de ejecución los días 09-10-14 y 15 de enero para todos los equipos de autoevaluación Se envió documento PAMEC a la secretaria de Salud Departamental EL 10 DE FEBRERO DE 2020 en el formato definido por la dicha institución.

Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de acciones de mejora por grupo de estándares a través de la reunión del comité de mejoramiento institucional

Para el informe de Seguimiento de Acreditación realizado por el ente externo, la Institución cuenta con informe de evaluación de otorgamiento modelo 3.1 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA. Mediante el cual se plasma el resultado de la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.

Se realizó socialización del procedimiento de AUTOEVALUACION Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA EN ACREDITACION el 09 de Enero de 2020 con el propósito de llevar acabo la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación acorde a la metodología institucional y establecer las oportunidades de mejora para el 2020 a través del Pamec para lo cual se estableció como cronograma de ejecución los días 09-10-14-15 de enero para todos los equipos de autoevaluación.

### **GESTIÓN DE PLANEACIÓN ORGANIZACIONAL:**

Para la formulación de los Planes Operativos en comité institucional de Gestión y Desempeño del pasado 22 de enero de 2019 se acordó con los líderes de los procesos que para la definición de los Planes Operativos Anuales - POA de la ESE Salud del Tundama de la vigencia 2020 se debía tener en cuenta el resultado



del análisis de contexto institucional para que fueran incorporadas las oportunidades de mejora priorizadas. Dichos planes fueron definidos y presentados a los miembros de la Junta Directiva siendo aprobados el 31 de marzo de 2020 tal como consta en acta No. 216 de 2020.

Con la participación de los líderes de los procesos y servicios de la institución se realizó análisis de contexto el 08 de Enero de 2020, los resultados fueron socializados en comité de gestión y desempeño del día 22 de enero de 2020 para que las acciones priorizadas fueran plateadas en los POA del 2020

En cumplimiento a Guía Metodológica de Direccionamiento y con el fin de controlar el cumplimiento de los POA y confrontarlo con el Plan de Desarrollo Institucional para establecer los avances; se notifica cronograma de seguimiento a la ejecución de POA correspondiente al I trimestre de la vigencia 2020, labor que se encuentra en desarrollo.

En cumplimiento a Circular de la Función Pública relacionada con el reporte de la información del formulario FURAG de las dimensiones pendientes de la vigencia 2019, se realiza el respectivo cargue con las evidencias existentes en la ESE Salud del Tundama. Formulario validado por los líderes de los procesos y la oficina de control interno.

Para garantizar la correcta elaboración del Plan de acción de MIPG acorde a los resultados del reporte de información en FURAG de la vigencia 2019, se realizó el análisis en cada una de las dimensiones establecidas y para dar cumplimiento a los autodiagnósticos se definieron actividades a desarrollar dentro de los Planes Operativos Anuales de la ESE Salud del Tundama en los diferentes procesos; los cuales fueron presentados a Junta. Los cuales cuentan con seguimiento a su cumplimiento acorde a guía de Direccionamiento Estratégico definida en la institución

### **MACROPROCESO MISIONAL:**

No evidencia avance en “Fortalecer el desarrollo del programa Vive Tú Corazón a través del aumento de su cobertura y mejoramiento de los resultados obtenidos en su implementación”. Por lo anterior se debe garantizar la gestión de las actividades definidas en su POA acorde a los tiempos establecidos.

Frente a “Fortalecer y mantener el desarrollo de la estrategia IAMII Institucional en la ESE Salud del Tundama”, inicialmente desde el comité IAMII se realizó autoevaluación a la estrategia del cual se ha realizado ajuste a documento del programa especial IAMII en su cuarta versión actividad definida en el Plan de sostenibilidad de la vigencia 2020, así mismo se definió plan de capacitación de la estrategia el cual se ha venido dando desarrollo.

En cuanto a la captación temprana (antes de la semana 12 de gestación), de la gestante procedente del Municipio de Duitama a través del cumplimiento de la ruta maternoperinatal se tiene que para el primer trimestre de la vigencia alcanzo un promedio de 76.96% teniendo definida una meta de cumplimiento de 85%. Para la valoración integral garantizando valoración odontológica a la gestante durante la primera consulta registra un cumplimiento del 98.29% no alcanzo la meta del 100% para el mes de marzo obedeciendo a lo dispuesto en los lineamientos emitidos por el gobierno nacional con ocasión de la Emergencia Nacional por el COVID 19. Para el este trimestre se garantizó al 100% de las gestantes que recibieran la asesoría pre test para VIH, información que fue validada en la base de datos de la gestante y en la historia clínica. Finalmente y acorde a la estrategia binomio madre hijo durante la gestación, al 100% de las gestantes se les garantizó atención oportuna al a través de la asignación de citas de control prenatal de acuerdo a lo establecido en la ruta de atención maternoperinatal de la ESE Salud del Tundama.

La ESE Salud del Tundama para fortalecer el despliegue del Modelo de Atención en el momento 1 (Acceso) en el que se debe garantizar que durante la atención recibida se dé la explicación a los usuarios sus derechos y se promueva el respeto y cumplimiento de los deberes; es así que acorde a plan y cronograma de divulgación de deberes y derechos de los usuarios se ha venido realizando socialización de los mismos tanto al cliente interno como externo viéndose reflejado el resultado en el indicador de Impacto de los mecanismos de despliegue y comunicación de los deberes y derechos para este trimestre en un 94.25%.

Del análisis efectuado de manera mensual a las causas de las quejas que se encuentran en los buzones de sugerencias se determina que para el primer trimestre y acorde al cumplimiento del indicador de adherencia a los deberes y derechos se identifica que tiene un cumplimiento del 63.64% frente a una meta esperada del 30% en la recurrencia de quejas atribuibles a la falta de adherencia a los deberes y derechos de los usuarios; identificando que los derechos más vulnerados son el No. 4 “A qué se le garantice un servicio con calidad y con calidez” con 10 quejas en el trimestre seguido del derecho No. 2 “A recibir un trato digno y amable en condición de igualdad” con 3 quejas de 22 quejas recibidas en el I trimestre de la vigencia 2020.

Acorde al Modelo de Atención de la ESE Salud del Tundama en el momento 1 para facilitar al usuario la posibilidad de obtener los servicios que requiere, sin que se presente retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud; la institución viene

realizando seguimiento a la oportunidad en la asignación de citas para el servicio de medicina general y el servicio de Odontología general, para este último el comportamiento del indicador en el primer trimestre si bien es cierto que para el mes de enero registro la oportunidad en 5 días para los dos meses siguientes registro a solo dos días la asignación de cita.

En el servicio de Laboratorio clínico se realizó análisis de oferta y demanda en el que se estableció que las horas Bacterióloga resultan insuficientes para cumplir cabalmente la misión de prestar los servicios de laboratorio clínico de la ESE Salud del Tundama que le han sido encomendados, en forma oportuna, eficiente y eficaz, es así que el comportamiento para el primer trimestre fue en los meses de enero y febrero la oportunidad se encontraba a 2 días, pero en el mes de marzo debido a la pandemia por COVID-19 la oportunidad bajo a 0 días.

Teniendo en cuenta los tiempos de espera en sala del servicio farmacéutico definidos en el Modelo de Atención de la ESE Salud del Tundama para este trimestre se viene dando cumplimiento a los definidos en el Modelo, para el I trimestre registro en promedio un tiempo de espera de 16.5% para unas entregas en promedio de 6379 usuarios en entrega correcta de medicamentos. El comportamiento del indicador de oportunidad en la entrega de medicamentos POS para este periodo fue del 99% no alcanzando el 100% debido a los pendientes de medicamentos generados por el desabastecimiento del proveedor de medicamentos.

En disminuir las barreras de acceso a los servicios de medicina general y odontología, se realizó seguimiento a la demanda insatisfecha de medicina general y odontología teniendo en cuenta informe en Excel de los colaboradores, que se realizó mensualmente a 1126 usuarios de nuestra institución que no pudieron acceder a su cita, encontrando que la primera causa de la insatisfacción es que no hay agenda disponible con un porcentaje del 95%, y no hay agenda disponible con el profesional deseado con un porcentaje del 5%.

## **6. RECOMENDACIONES**

A todos los líderes de proceso realizar los seguimientos respectivos en el sistema Almera acorde a las gestiones realizadas en cada una de las actividades definidas en los tiempos establecidos.

Realizar análisis a los resultados de los indicadores y garantizar la gestión para el correcto cumplimiento de la meta, de ser necesario solicitar los ajustes pertinentes.



Los procesos deben garantizar el cumplimiento de las actividades programadas en el POA de su proceso de manera que se dé cumplimiento satisfactorio a los objetivos estratégicos institucionales.

**Elaborado por:**

**MARCELA GUEVARA SEPULVEDA**  
**Apoyo Planeación**  
**E.S.E. Salud del Tundama**