

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E, SANTANDER

Dr. FREDY EDUARDO FONSECA - Gerente

2019-2022

1 PRESENTACIÓN

El presente Plan Estratégico de la ESE Sanatorio de Contratación, está construido teniendo en cuenta las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *“Pacto por Colombia, Pacto por la equidad”* y sus 7 pilares más importantes del sector salud.

Se encuentra armonizado con un enfoque integral en aras de dar cumplimiento al decreto 612 de 2018 con los planes: PINAR Plan Institucional de Archivos, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, PETI Plan Estratégico de TIC, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y la Política Nacional de Hansen.

Para lograr el reto de la Visión al año 2022, en el Plan Estratégico se han desplegado 19 estrategias transversales Institucionales, 11 estrategias institucionales, 42 indicadores estratégicos que integralmente guiarán el rumbo de la institución para la consecución de cada una de las metas trazadas.

Tabla de contenido

1	PRESENTACIÓN.....	1
1.	GENERALIDADES DE LA ESE SANATORIO	5
1.1	Reseña Histórica.....	5
1.2	PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ESE SANATORIO:	8
1.2.1	Visión	8
1.2.2	Misión	8
1.2.3	Principios Institucionales.....	9
1.2.4	Valores Institucionales	9
1.2.5	Mapa De Procesos	10
1.3	Estructura organizacional.....	11
2	SITUACIÓN ACTUAL	12
2.1	Política Nacional de Hansen	12
2.2	Reporte citas asignadas desde 01-ene-2018 al 31-dic-2018	14
2.3	Producción 2018.....	15
2.4	Calidad en la Atención (Indicadores Resolución 256 del año 2016)	18
2.4.1	Plan de mejoramiento de la calidad PAMEC	19
2.5	Habilitación de la ESE Sanatorio:	19
2.6	Planta de Personal.....	30
2.6.1	Evaluación Desempeño Laboral	30
2.7	Gasto Comprometido (miles de pesos corrientes)	31
2.8	Ingresos Reconocidos (miles de pesos corrientes).....	32
2.9	Ingresos Recaudados (miles de pesos corrientes)	32
2.10	Equilibrio y Eficiencia	32
2.11	Cartera Deudores (miles de pesos corrientes).....	33

2.12	Pasivos (miles de pesos corrientes)	33
2.13	Gestión Ambiental.....	34
2.14	Facturación	35
2.15	Cartera.....	37
2.16	Gobierno en línea y sistemas de información	40
2.17	Gestión Documental y Archivo.....	41
2.18	Infraestructura, dotación y parque automotor:	43
3	PROYECCIÓN ESTRATEGICA ESE SANATORIO 2019-2022:	45
3.1	Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"	45
3.2	Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: 2016-2025.	47
3.2.1	Metas Estratégicas	54
3.3	Descripción de los Objetivos Estratégicos 2019-2022	55
3.3.1	Objetivo Estratégico N° 1 - Garantizar la prestación del servicio a los pacientes de Hansen	55
3.3.2	Objetivo Estratégico N° 2 - Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia.....	55
3.3.3	Objetivo Estratégico N° 3 - Fortalecer la política anticorrupción en la entidad.....	56
3.3.4	Objetivo Estratégico N° 4 - Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud publica	56
3.3.5	Objetivo Estratégico N° 5 – Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores.....	56
3.3.6	Objetivo Estratégico N° 6- Asegurar la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y humanización	57
3.3.7	Objetivo Estratégico N° 7- Fortalecer la participación ciudadana	57

3.3.8	Objetivo Estratégico N° 8 - Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad.....	57
3.3.9	Objetivo Estratégico N° 9 - Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del personal que labora en la Institución	58
3.3.10	Objetivo Estratégico N° 10 - Garantizar para la ESE Sanatorio la sostenibilidad financiera en los procesos de Nivel 1	58
3.3.11	Objetivo Estratégico N° 11- Generar en el Sanatorio de Contratacion ESE, iniciativas para mejorar la sostenibilidad financiera con servicios alternos	58
3.4	Matriz Plan Estratégico para el Sanatorio de Contratación ESE 2019-2022.....	58

1. GENERALIDADES DE LA ESE SANATORIO

1.1 Reseña Histórica¹

Las palabras lepra y lazareto son poco comunes en el lenguaje de hoy. Sin embargo, cuando se consulta la bibliografía nacional de un pasado lejano, no muy lejano e incluso reciente, ellas aparecen con sorprendente frecuencia.

La lepra, enfermedad que fue designada también como Elefancia o Lázaro, entre otras varias denominaciones, alcanzó el territorio americano con la emigración europea y reprodujo consigo un universo de significaciones morales y religiosas y de Instituciones y prácticas de manejo social forjadas en el viejo continente. A principios del siglo XVI la enfermedad ocupaba un lugar en las preocupaciones de los administradores coloniales, quienes sentaron sus fundamentos para su regulación mediante el establecimiento de hospitales de San Lázaro, Instituciones donde los enfermos fueron separados y asistidos.

Con el establecimiento de la Nueva Granada apareció la noción de lazareto, en ocasiones leprocomio, como institución para el manejo de la lepra. Mediante la Ley 16 del 5 de Agosto de 1.833 se dispuso el establecimiento de tres lazaretos en las provincias del Primer, Segundo y Tercer distritos, correspondientes a los territorios del Centro Oriente, del Sur Occidente y del Norte de la Nueva República, y se determinó reservar parte de las rentas destinadas para su sostenimiento a la inversión en un lazareto ya existente en Panamá.

¹ RESEÑA HISTORICA DE LA ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN, SANTANDER. 2019. Descargado de página web: <http://www.sanatoriocontratacion.gov.co/index.php/es/nosotros/resena-historica>.

En cumplimiento de aquella disposición se expidieron los Decretos 21 de Febrero y 21 de Diciembre de 1.835. Mediante el primero de ellos, el antiguo hospital o lazareto ubicado en Caño Loro fue asimilado al Tercer Distrito.

En el Segundo, se dispuso el establecimiento del lazareto del Primer Distrito en el sitio de la Contratación, determinando el traslado de una concentración de enfermos previamente asentada en el sitio de El Curo, aunque se ignora la fecha en que dicha disposición se hizo efectiva.

Este Lazareto ubicado en lo que es hoy el Municipio de Contratación trabajó con recursos estatales y de beneficencia pública con el objeto de garantizar a los enfermos separados y asilados alimentación, vestido, vivienda y atención médica, religiosa y moral. El manejo reservado de la lepra estuvo determinado por controversias médicas alrededor de aquellas nociones patológicas asociadas con la enfermedad, tales como sitio de asiento orgánico, naturaleza, causas, etiología, definición sintomatológica, nosología, curación o terapéutica.

El desempeño de Instituciones de tipo eclesiástico constituyó otro aspecto del manejo social de la lepra. En este sentido se destaca la actividad adelantada por la misión católica de los padres salesianos, procedentes de Turín (Italia) y quienes se establecieron en el país en 1890.

Promovieron campañas nacionales para el acopio de recursos económicos exaltando siempre la necesidad de asumir la protección de los enfermos segregados como un asunto de caridad cristiana. Con estos dineros y las subvenciones estatales que administraban, fundaron iglesias, asilos, escuelas, teatros, bibliotecas y otras obras al interior del lazareto. El Estado les delegó funciones de asistencia, educación, conducción moral, cultural y religiosa de la población residente.

Desde el quinquenio del general Rafael Reyes a comienzos del siglo XX, y con la creación de la Oficina Central de Lazaretos, se registró un incremento en la legislación dirigida a establecer medidas de aislamiento riguroso para el control de la lepra. A partir de ese momento se hizo expresa la preocupación del Estado por “evitar la propagación de la enfermedad”, preocupación que se fundaba en el supuesto de su naturaleza contagiosa y en su definición como “calamidad pública” y como un obstáculo para el progreso y para el proyecto de modernización del país. Estas medidas redundaron en el perfeccionamiento de la infraestructura de vigilancia (retenes y cordones sanitarios), en la prevención del contagio y en la desinfección (hospitales, laboratorios, tecnología de higiene, acuñación de una moneda especial de circulación interna en el lazareto), en la autonomía administrativa (oficinas

de administración, correo, registro, notaría y juzgado, dependientes directamente del Estado Nacional) y para la restricción efectiva de la convivencia entre los sanos y los enfermos (asilos para niños sanos y enfermos, entre otros). También se mejoraron las instalaciones del lazareto procurando dotarlo de acueducto, habitaciones para enfermos, médicos y agentes administrativos, asilo, escuela, hospital, plaza de mercado y terrenos para labores agropecuarias, entre otras obras.

En muchos casos el mejoramiento en las condiciones de vida en el lazareto y las prácticas de asistencia generaron expresiones de aceptación o complacencia de parte de los enfermos. Pero en general las políticas aislacionistas se enfrentaron a prácticas de resistencia social directa o soterrada por parte de la población asentada en el lazareto. Por ello, las disposiciones normativas nunca pudieron cumplirse a cabalidad y algunas no llegaron a ser realmente aplicadas. El Estado realizó esfuerzos importantes e invirtió recursos económico considerables hasta 1961, cuando se ordenó la disolución de los lazaretos. Éste nunca logró su objetivo de medicalizar, controlar y erradicar la lepra por medio del aislamiento. En cambio, las medidas preventivas fueron ganando terreno en el manejo epidemiológico y terapéutico de la enfermedad.

Hacia finales de la década de 1920 la “campaña antileprosa” pasó a ser un asunto de la higiene pública y la previsión social. Desde 1930, en una política de modernización y racionalidad económica, se intentó disminuir el alto costo de mantenimiento de los lazaretos, promoviendo la salida de aquellos enfermos no contagiosos o “curados sociales” para ser tratados en dispensarios dermatológicos regionales.

Durante las últimas dos décadas de existencia del lazareto, la introducción de un medicamento efectivo para inactivar el bacilo de la lepra a base de sulfatos determinó una política de control de la enfermedad centrada en la administración del tratamiento quimioterápico, el seguimiento de los curados sociales y la búsqueda de nuevos casos infecciosos. Sin embargo, sólo fue hasta el año de 1961 cuando se devolvió a los enfermos el goce pleno de sus derechos y garantías civiles, se suprimió el aislamiento en los lazaretos y se eliminaron los asilos o preventorios de separación de niños sanos hijos de enfermos de lepra. Tras este colapso la población de Contratación se circunscribió al orden municipal y allí se establecieron albergues y lo que hoy es el Sanatorio de Contratación E.S.E., como entidad especializada en la atención de la enfermedad.

El Sanatorio de Contratación se crea mediante Decreto 1289 de 1994 como entidad pública descentralizada del orden nacional de naturaleza especial con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y sede en el municipio de Contratación (departamento de Santander) con régimen jurídico establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Presta servicios de curación extramural domiciliaria para pacientes con discapacidad grado 2 y 3, en tanto que los pacientes con grado de discapacidad 1 residentes en el municipio son atendidos en la Institución; así mismo, el Sanatorio cuenta con planes de promoción y prevención en la enfermedad de Hansen para la zona rural y la región con el fin de ejercer control y seguimiento a los pacientes y a sus convivientes.²

1.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ESE SANATORIO:

1.2.1 Visión

En el 2022 seremos una institución líder y referente a nivel nacional en el conocimiento científico de la lepra, a través de la optimización de procesos de investigación en el manejo integral de la enfermedad y en la prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad con personal calificado y comprometido con la atención al usuario y el bienestar de sus familias con políticas estratégicas eficientes y eficaces, encaminadas a garantizar su objeto social, atendiendo los desafíos del sector, enmarcadas en la búsqueda de un Hospital Seguro y Humanizado.

1.2.2 Misión

Somos una Empresa Social del Estado del orden Nacional, especializada en el manejo integral de los pacientes de Hansen, orientada a la prestación de servicios de salud con calidad técnico–científica, segura y humanizada, con talento humano comprometido en la optimización de los procesos, en procura del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

² PLAN ESTRATEGICO SECTORIAL 2014-2018 – Sector administrativo de salud y protección social. Ministerio de salud y protección social. 2015. Descargado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>.

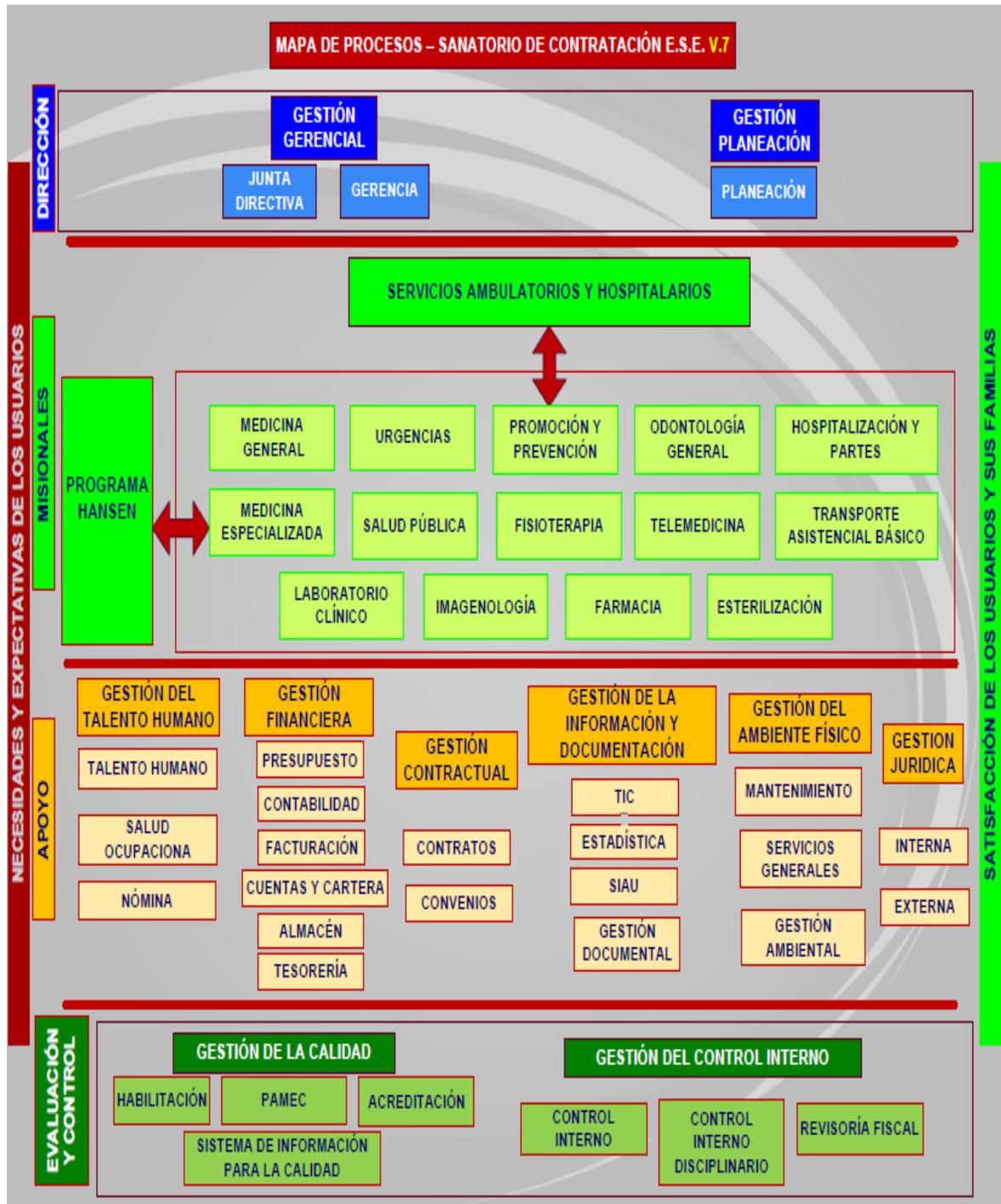
1.2.3 Principios Institucionales

- Atención Digna y Humanizada
- Transparencia
- Honestidad
- Compromiso con el Medio Ambiente

1.2.4 Valores Institucionales

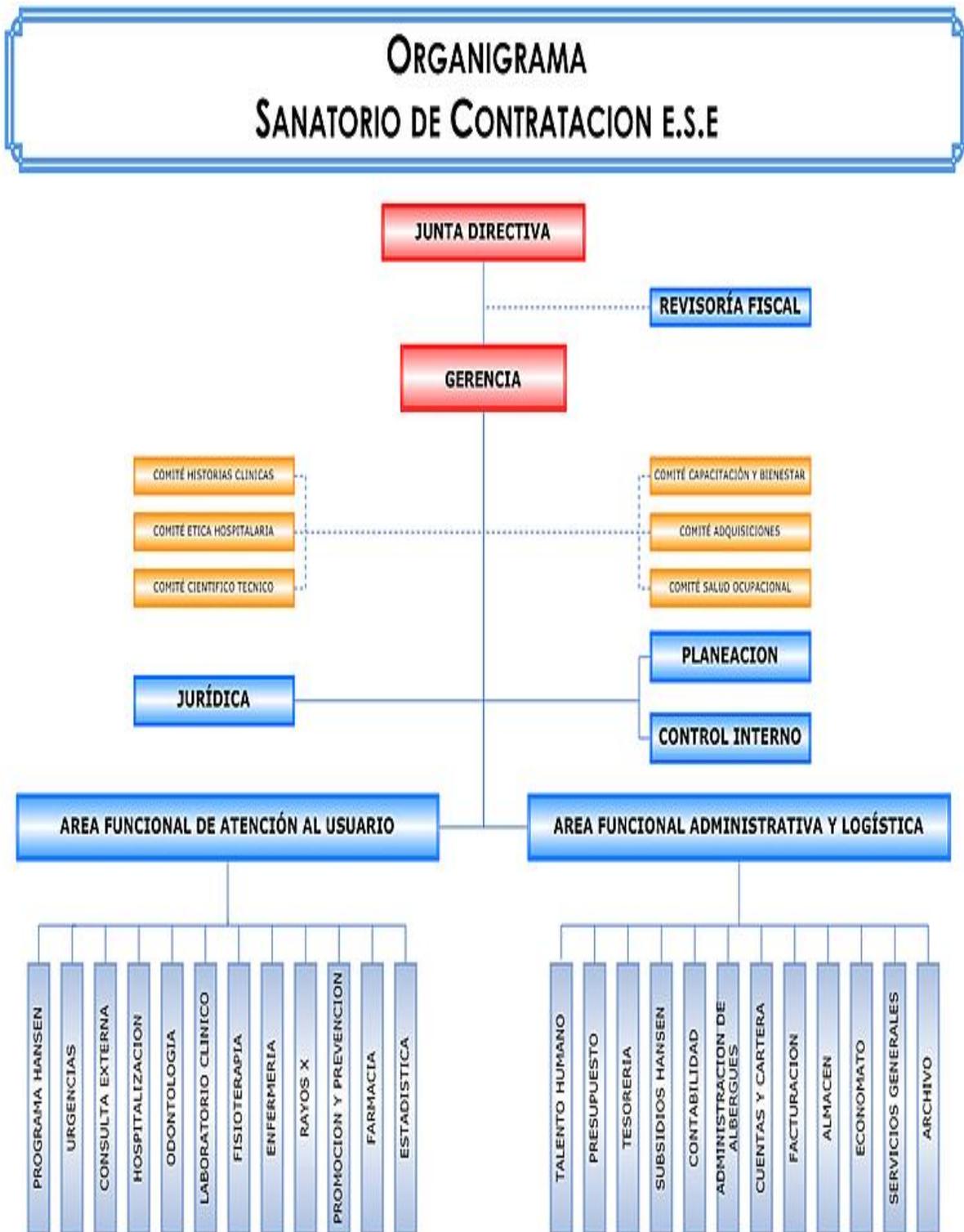
- Compromiso
- Ética
- Equidad
- Respeto
- Seguridad
- Lealtad
- Confidencialidad

1.2.5 Mapa De Procesos³



³ Resolución N° 0110 de fecha 29 de enero de 2018. Por medio de la cual se adopta el mapa de procesos del SANATORIO de Contratación, empresa social del estado.

1.3 Estructura organizacional



2 SITUACIÓN ACTUAL

2.1 Política Nacional de Hansen

Las Instituciones de referencia nacional del programa de Hansen adscritas al Ministerio de salud y Protección Social son: los Sanatorios de Agua de Dios ESE, Sanatorio de Contratación ESE y el Hospital Universitario centro Dermatológico Federico Lleras ESE.

El Sanatorio de Contratación ESE tiene a su cargo aproximadamente 940 personas en el programa Hansen, de los cuales 156 se ubican en el municipio de Contratación, y 784 se encuentran en varios municipios o ciudades del país.

Los pacientes identificados con la enfermedad de Hansen son beneficiarios de un subsidio monetario, el cual es asignado por el Sanatorio de Contratación ESE mediante acto administrativo en cumplimiento del reglamento técnico vigente, y posteriormente es financiado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda para su otorgamiento y giro periódico a los beneficiarios.

La institución realiza periódicamente el seguimiento de los casos de su competencia, los cuales reciben periódicamente los medicamentos y tratamientos respectivos.

El Sanatorio de Contratación ESE cuenta con los albergues Don Bosco y Mazarello, en los cuales se alojan separadamente hombres y mujeres, actualmente tiene 62 pacientes, distribuidos en 49 hombres y 13 mujeres aproximadamente. Las causas más frecuentes del alojamiento de los pacientes en estos albergues corresponde principalmente a: pacientes captados en las búsquedas activas de los departamentos con los que hay convenio, remisiones de municipios e IPS por urgencias motivadas en complicaciones médicas, pacientes que no tienen familia o que no tienen donde vivir.

Actualmente, la ESE sanatorio tiene suscrito dos convenios de atención en salud y búsqueda activa con los departamentos de Santander para el cubrimiento de 10 municipios, y Boyacá para el cubrimiento de 8 municipios. Las actividades más representativas del programa en los municipios beneficiarios son la realización de capacitación en la enfermedad en Instituciones hospitalarias, IPS, EPS y pacientes, realización de búsqueda activa y diagnóstico, Rehabilitación basada en comunidad RBC.

En las instalaciones de la Institución funciona un taller con personal para la elaboración de zapatos y accesorios en cuero para ayuda de pacientes y sus condiciones de movilidad.

Recomendaciones

- ✓ Implementar actividades de detección temprana, a través del fortalecimiento en la valoración clínica de la visita a convivientes y contactos como la búsqueda activa más importante a realizar y de esta manera reducir considerablemente los casos Multibacilares con discapacidad grado 2.
- ✓ Realizar el seguimiento y visita a los convivientes de pacientes en tratamiento de manera semestral, pero con unos parámetros clínicos claros en cuanto a la valoración de sintomáticos de piel y sistema nervioso periféricos, para de esta manera captar los nuevos casos de manera temprana.
- ✓ Realizar el seguimiento clínico y bacteriológico a los ex pacientes en vigilancia epidemiológica por diez años a los pacientes multibacilares (MB) y dos años a los pacientes paucibacilares (PB), para de esa forma poder hacer diagnósticos precoces de recidivas y de casos nuevos en el entorno familiar.
- ✓ Mantener al personal capacitado encargado del programa de manera continua, para darle un mejor funcionamiento al programa en cuanto a la realización de las visitas de seguimiento a convivientes y vigilancia epidemiológica y Poliquimioterapia (PQT).
- ✓ Realizar retroalimentación actividades de capacitación en el manejo integral de la enfermedad de Hansen al personal asistencial para mejorar el diagnóstico temprano de la enfermedad.
- ✓ Realizar una actividad anual de estrategias de rehabilitación basada en la comunidad, donde se integre a toda la población con el fin de reducir el estigma y dar un mejor entendimiento de esta patología a la comunidad.
- ✓ Fortalecer el seguimiento integral por fisioterapia, odontología, medicina, enfermería, nutrición, psicología, para evitar progresión de la discapacidad.
- ✓ Dar apoyo de un profesional médico el cual coopere en forma activa con el programa en cuanto a la valoración de convivientes y pacientes en PQT y vigilancia epidemiológica.
- ✓ Mantener un stock de medicamentos y elementos medico quirúrgicos.
- ✓ Mejorar las instalaciones actuales del albergue Don Bosco y Mazarello. Existe actualmente la edificación Carrasquilla, la cual es un área subutilizada, o que no tiene uso para la atención de los pacientes.
- ✓ Se requiere la implementación y continuidad del programa nacional de telemedicina para la atención de pacientes en la ESE Sanatorio de Contratación.

- ✓ Se requiere gestionar ante la ayuda alemana, mejores condiciones de apoyo financiero y materiales al actual programa Hansen.
- ✓ Ampliar las posibilidades de ayudas técnicas a pacientes de Hansen, con la elaboración de más y mejores accesorios, lo cual posibilita mayores ingresos para la Institución y generación de empleo local.
- ✓ Se requiere gestión para mejorar las condiciones de continuidad en el giro de recursos de subsidios a pacientes de Hansen, la depuración de listados de beneficiarios, mejores condiciones de pagos en razón del seguimiento a fallecidos.
- ✓ Mejorar el suministro por parte del Ministerio y/o de la Secretaria de salud departamental de los medicamentos inmunosupresores a fin de garantizar la oportunidad de los tratamientos a pacientes.
- ✓ Gestión para la ampliación de la cobertura de los convenios existentes a otros departamentos en beneficio de los pacientes de Hansen.
- ✓ La meta de lograr la eliminación efectiva de la Enfermedad de Hansen en Colombia se logrará si se mantienen los esfuerzos que se han venido realizando en los últimos años, sin embargo el Sanatorio de Contratación ESE se acogerá al 100% al Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen”: 2016-2025, en apoyo conjunto del Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de tomar rutas para la solución de los problemas identificados.

2.2 Reporte citas asignadas desde 01-ene-2018 al 31-dic-2018

	Medicina general				Odontología				Enfermería				Especialista			
	Sub	Cont	Otros	Total	Sub	Cont	Otros	Total	Sub	Cont	Otros	Total	Sub	Cont	Otros	Total
Enero	545	135	25	705	170	62	13	245	165	48	7	220	0	0	0	0
Febrero	737	202	44	983	241	50	26	317	217	54	9	280	0	0	0	0
Marzo	571	153	32	756	156	47	19	222	125	47	8	180	0	0	0	0
Abril	663	199	24	886	180	63	27	270	190	41	9	240	52	3	4	59
Mayo	598	209	32	839	152	51	13	216	173	48	4	225	38	2	0	40
Junio	495	145	27	667	186	70	8	264	176	60	2	238	0	0	0	0
Julio	577	166	30	773	197	52	14	263	191	49	4	244	0	0	0	0
Agosto	503	145	28	676	122	47	45	214	170	60	4	234	0	0	0	0
Septiembre	548	189	39	776	96	34	21	151	172	59	10	241	0	0	0	0
Octubre	525	143	12	680	136	39	13	188	215	69	7	291	0	0	0	0

Noviembre	459	114	13	586	95	43	15	153	209	73	6	288	0	0	0	0
Diciembre	435	129	14	578	110	49	9	168	173	58	5	236	37	4	1	42
Totales	6.656	1.929	320	8.905	1.841	607	223	2.671	2.176	666	75	2.917	127	9	5	141

El horario de la institución es de lunes a jueves de 7:30 am a 12 pm y de 2 pm a 6 pm, y viernes de 8 a 4 pm.

El sistema de asignación de citas se lleva en la institución de manera manual, dicha función está a cargo del área de estadística, la atención es brindada de manera personal y telefónica en unos horarios establecidos. El horario de asignación de citas personal es todos los días hábiles a partir de las 10 am hasta agotar la agenda programada del día siguiente. El horario de asignación telefónico es de 9 a 10 am. Los cupos de esas agendas son 26 citas de medicina general por médico, odontológica 26, medicina interna es esporádico al semestre con aproximadamente 60 cupos.

Recomendaciones:

- Mejorar la infraestructura tecnológica y software de la Institución a fin de posibilitar la asignación de citas mediante un proceso controlado, ágil y eficaz ligado a la medición de los estándares de calidad y producción de la Institución con información veraz y confiable.
- Mejorar y controlar la atención del servicio de citas mediante horarios para asignación presencial y telefónica, acompañado de un sistema de control que permita a los usuarios mayores condiciones de accesibilidad a los servicios de la institución.

2.3 Producción 2018

Variable	2018
Camas de hospitalización	19
Total de egresos	110
Porcentaje Ocupacional	5,24
Promedio Dias Estancia	4,04
Giro Cama	5,79
Consultas Electivas	9.273
Consultas de medicina general urgentes realizadas	1.600
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	0
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	0
Número de partos	4
% Partos por cesárea	0

Exámenes de laboratorio	13.968
Número de imágenes diagnósticas tomadas	1.091
Dosis de biológico aplicadas	1.576
Citologías cervico vaginales tomadas	434
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	280
Producción Equivalente UVR	69.121,04

Fuente: SIHO, 2018

Variable	vinculado	No POSS	Subsidiado	Contributivo	Otros	Total
Dosis de biológico aplicadas	8	0	1.148	326	94	1.576
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	227	45	8	280
otros Controles de Enfermería de PyP diferentes a atención Prenatal -Crecimiento y Desarrollo	0	0	844	227	26	1.097
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	338	86	10	434
Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	7.024	1.451	384	8.859
Consultas de medicina general urgentes realizadas	0	0	970	515	115	1.600
Total de consultas de medicina especializada realizadas	0	0	374	27	13	414
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo	--	0	0	0	0	0
Total de consultas de odontología realizadas (Valoración)	0	0	268	105	35	408
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	3.147	649	228	4.024
Total de tratamientos terminados	0	0	1.852	379	163	2.394
Sellantes aplicados	0	0	289	15	0	304
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	1.135	268	110	1.513
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	248	53	72	373
Partos vaginales	0	0	4	0	0	4
Partos por cesárea	0	0	0	0	0	0
Total de egresos	0	0	83	19	8	110
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	0	0	4	0	0	4
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	0	0	0	0	0	0
...Egresos no quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	0	0	79	19	8	106
...Egresos de Salud Mental	0	0	0	0	0	0
Pacientes en Observación	0	0	48	129	22	199
Pacientes en Cuidado Intermedios	0	0	0	0	0	0
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	0	0	0	0	0	0
Total de días estancia de los egresos	0	0	334	75	29	438
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros días obstétricos)	0	0	1	0	0	1
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos ni cesáreas)	0	0	0	0	0	0

Variable	vinculado	No POSS	Subsidiado	Contributivo	Otros	Total
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (Sin incluir salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	0	0	333	75	29	437
...Días estancia de los egresos salud mental	0	0	0	0	0	0
...Días estancia Cuidados Intermedios	0	0	0	0	0	0
...Días estancia Cuidados Intensivos	0	0	0	0	0	0
Total de días cama ocupados	0	0	333	75	29	437
Total de días cama disponibles	0	0	5.473	5.731	5.777	5.369
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos ni cesáreas)	0	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	0	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 7-10 (Sin incluir partos ni cesáreas)	0	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 11-13	0	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 20-23	0	0	0	0	0	0
...Cirugías grupos 30-34	0	0	0	0	0	0
Exámenes de laboratorio	0	0	9.731	3.375	862	13.968
Número de imágenes diagnósticas tomadas	0	0	741	254	96	1.091
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	0	0	70	37	4	111
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	0	0	1.295	1.003	453	2.751
Número de sesiones de otras terapias (Sin incluir ni respiratorias ni físicas)	0	0	0	0	0	0
Número de visitas domiciliarias e Institucionales PIC	0	0	0	0	0	0
Numero de Sesiones de talleres Colectivos PIC	0	0	30	0	0	4

Fuente: SIHO, 2018

De acuerdo a los datos registrados en la plataforma del SIHO, se observa que en la vigencia del 2018 el programa Ampliado de inmunizaciones PAI alcanzo una cobertura del 100% en biológicos trazadores como: Polio, Triple Viral, pentavalente y se aplicó un total de 1576 dosis en todos los Biológicos.

Durante la vigencia del 2018 se inscribieron en el programa de Control Prenatal un total de 48 gestantes, de las cuales 33 gestantes ingresaron al programa antes de la semana 12 de gestación, alcanzando una cobertura del 68,75%. Es importante resaltar que dada la cultura de la gestic y la escolaridad baja que hay en la región, la gran mayoría se enteran de su estado de gestación de forma tardía, lo que impide iniciar el proceso en la Institucion de forma oportuna y dar cumplimiento a este indicador.

Con respecto al programa de Riesgo Cardiovascular es importante resaltar que de la muestra aleatoria que se tomó para hacer la auditoria al proceso, se evidencia que se tiene una cobertura del 80% de

cumplimiento estricto respecto a los ítems establecidos en la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE, Vale aclarar que se tiene en base de datos de 407 pacientes Hipertensos, de los cuales se tomó una muestra del 10% de ellos, registrando una cobertura del 80%, se espera en la vigencia del 2019, alcanzar una cobertura del 90%.

Con respecto al programa de Detección de las alteraciones del menor de 10 años programa de crecimiento y Desarrollo, es importante resaltar que de la muestra aleatoria que se tomó para hacer la auditoria al proceso, se evidencia que se tiene una cobertura del 80% de cumplimiento estricto respecto a los ítems establecidos en la guía de atención de Crecimiento y Desarrollo adoptada por la ESE, Vale aclarar que se tiene en base de datos de 540 menores de 10 años susceptibles del programa referido, de los cuales se tomó una muestra del 10% de ellos, registrando una cobertura del 80%, se espera en la vigencia del 2019, alcanzar una cobertura del 85%.

Durante la vigencia del 2018 NO se reportó ningún caso de sífilis congénita, Esperamos que en la vigencia del 2019 y siguientes, continuemos manteniendo en CERO los casos registrados.

Recomendaciones:

- Seguir fortaleciendo cada uno de los servicios ofertados por la institución
- Garantizar el recurso humano requerido que permita continuar brindando los servicios de forma oportuna y con calidad
- Brindar las herramientas necesarias a fin de permitir al empleado mantenerse actualizado en los temas de interés para la prestación del servicio.
- Calidad en la Atención (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

2.4 Calidad en la Atención (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2018
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	17,25
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	6,5
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,788
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,267

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	31,538
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,976

Fuente: SIHO, 2018

2.4.1 Plan de mejoramiento de la calidad PAMEC

Al respecto es de señalar que consultados los archivos de la Institución y en los reportes de información, proceso de empalme, no se evidencian registros que soporten la implementación efectiva del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud – PAMEC en la vigencia 2018, por tal motivo no se cuenta con línea base para la vigencia 2019.

Recomendaciones:

- Establecer la metodología de trabajo para lograr una efectiva implementación del PAMEC.
- Diseñar, documentar, evaluar y controlar el PAMEC de la ESE.
- Realizar la evaluación al cumplimiento de estándares de acreditación por parte de equipo de líderes, mediante utilización de hoja radar.
- Realizar selección de Procesos a Mejorar.
- Definir la calidad esperada en procesos priorizados.
- Establecer Plan de Acción para los Procesos Priorizados.
- Realizar auditoria al cumplimiento de los estándares priorizados en la vigencia.
- Obtener un avance del 20% en autoevaluación del año 2020 con respecto a la realizada en la actual vigencia

2.5 Habilitación de la ESE Sanatorio:

La institución recientemente fue auditada por la Secretaria de Salud Departamental y según los hallazgos establecidos, se plasma el siguiente cuadro, el cual será la guía de ruta para las acciones de mejora para el cuatrienio:

ESTANDARES DE HABILITACION		
Vigencia 2018	Vigencia 2019	ACCIONES DE MEJORA/2019.
GRUPO: CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: CONSULTA EXTERNA	
ESTANDAR		ACCIONES DE MEJORA
1. TALENTO HUMANO Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014	1. TALENTO HUMANO Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014	1. Capacitación de todo el personal área asistencial al 100% en el tema de atención de víctimas de violencia sexual. 2. Realizar verificación de las hojas de vida (verificación de títulos o credenciales que aseguren la competencia del personal y la seguridad en la atención de los pacientes, RETHUS).
2. INFRAESTRUCTURA		ACCIONES DE MEJORA
No se dispone de las áreas adecuadas de acuerdo a los criterios establecidos en la resolución 4445 de 1996, para la prestación de servicios de salud.	No se dispone de las áreas adecuadas de acuerdo a los criterios establecidos en la resolución 4445 de 1996, para la prestación de servicios de salud.	1. Gestionar con el Ministerio de cultura los permisos pertinentes para realizar las adecuaciones necesarias a fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Habilitacion. 2. Gestionar con el Ministerio de la protección Social, los recursos necesarios para mejorar la infraestructura, a fin de cumplir con los criterios establecidos en la normatividad vigente.
3. DOTACION		ACCIONES DE MEJORA
No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad.	No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad	1. Se gestionó a través de la Administración municipal con recursos de cuentas maestras un proyecto para la adquisición de equipos biomédicos, requeridos para la prestación de los servicios con calidad. Proyecto que está, suspendido por ley de garantías. 2. A través de la Secretaria de Salud Departamental está en proceso un proyecto de compra de equipo biomédico, en el cual se encuentra incluido el Sanatorio de Contratación ESE.
4- MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS		ACCIONES DE MEJORA
No se dispone de los implementos adecuados para el almacenamiento de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	No se dispone de los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	1. Gestionar los recursos necesarios para la adquisición de los implementos requeridos de acuerdo a la norma establecida res. 2003 del 2014. 2. Continuar con la implementación de programas de farmacovigilancia,

		<p>Tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.14.</p> <p>3. Implementar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p>
5- PROCESOS PRIORITARIOS		
Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar los protocolos, guías y manuales que Hay para la prestación de los servicios ofertados por la Institución, aplicando los criterios establecidos en la resolución 3280 del 2018 y 276 del 2019 2. Socializar las guías, protocolos y manuales, 3. Diseñar un instrumento y aplicarlo en el personal asistencial, para evaluar el grado de adherencia. 4. Diseñar y/o actualizar los consentimientos informados para cada uno de los procedimientos realizados en la Institución. 5. Gestionar con el área de presupuesto los recursos necesarios para la adquisición de cortinas, a fin de garantizar la privacidad del paciente. 6. Implementar la política de seguridad del paciente en todo el personal del área asistencial.
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS		
No se cuenta con el área adecuada de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma, para garantizar la privacidad de los registros.	No se cuenta con el área adecuada de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma, para garantizar la privacidad de los registros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar recursos para hacer las adecuaciones necesarias a fin de brindar seguridad y privacidad en los archivos físicos existentes. 2. Adecuar el software de historia clínica de acuerdo a las normas establecidas "Resolución 3280 del 2018 y resolución 276 de 219. 3. Garantizar en medio magnético todos los formatos de consentimientos informados, referencia y contra referencia, ATENCION SOAT,

		<p>Medicamentos, etc., en cada uno de los servicios a fin de garantizar oportunidad y calidad en los registros.</p> <p>4. Hacer seguimiento a los comités de historia clínica, e implementar los planes de mejora a que haya lugar, de acuerdo a los hallazgos encontrados.</p>
7. INTERDEPENDENCIA		
De acuerdo a los servicios ofertados, la Institución requiere tener servicios de apoyo diagnóstico externos, para garantizar la prestación de los servicios.	De acuerdo a los servicios ofertados, la Institución requiere tener servicios de apoyo diagnóstico externos, para garantizar la prestación de los servicios.	1-Continuar con el proceso contractual para la lectura de las citologías.
SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO		
1. TALENTO HUMANO		
ESTANDAR		
1. TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	ACCIONES DE MEJORA
No se cuenta con el profesional idóneo requerido según la norma 2003 de 2014: Medico Radiólogo, para la lectura de las imágenes diagnosticas tomadas.	No se cuenta con el profesional idóneo requerido según la norma 2003 de 2014: Medico Radiólogo, para la lectura de las imágenes diagnosticas tomadas	<p>1. Gestionar recursos para la contratación de un profesional Medico Radiólogo, para la lectura de las imágenes Diagnosticas tomadas.</p> <p>2. Realizar verificación de las hojas de vida (verificación de títulos o credenciales que aseguren la competencia del personal y la seguridad en la atención de los pacientes, RETHUS).</p>
2. NFRAESTRUCTURA		ACCIONES DE MEJORA
Se dispone de las áreas adecuadas de acuerdo a los criterios establecidos en la resolución 4445 de 1996, para la prestación de servicios de salud.	Se dispone de las áreas adecuadas de acuerdo a los criterios establecidos en la resolución 4445 de 1996, para la prestación de servicios de salud.	1. Gestionar con el Ministerio de la protección Social, los recursos necesarios para mejorar la infraestructura., debido al cruce de ambientes que se presenta por la atención de pacientes de Hansen.
3-DOTACION		ACCIONES DE MEJORA
No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad.	No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad	<p>1. Se gestionó a través de la Administracion municipal con recursos de cuentas maestras un proyecto para la adquisición de equipos biomédicos, requeridos para la prestación de los servicios con calidad. Proyecto que está, suspendido por ley de garantías.</p> <p>2. A través de la Secretaria de Salud Departamental está en proceso un proyecto de compra de equipo biomédico, en el cual se encuentra incluido el Sanatorio de Contratacion ESE.</p>
4- MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS		ACCIONES DE MEJORA

<p>No se dispone de los implementos adecuados para el almacenamiento de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.</p>	<p>No se dispone de los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar los recursos necesarios para la adquisición de los implementos requeridos de acuerdo a la norma establecida res. 2003 del 2014. 2. Continuar con la implementación de programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.14. 3. Implementar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.
<p>5- PROCESOS PRIORITARIOS</p>		
<p>Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.</p>	<p>Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1-A Actualizar y/o elaborar los protocolos, guías y manuales establecidos en la norma para el servicio de imágenes diagnósticas. 2-Actualizar y/o elaborar protocolos, guías y manuales establecidos en la norma para el servicio de laboratorio clínico. 3-Capacitar al personal que labora en el servicio en los protocolos guías y manuales, establecidos en la resolución 2003, para los servicios de apoyo diagnóstico 4-Diseñar y/o actualizar los consentimientos informados para cada uno de los procedimientos realizados en la Institución. 5-Diseñar el instrumento para aplicar al personal a fin de establecer el grado de adherencia a cada uno de los protocolos, guías y manuales. 6-Implementar la política de seguridad del paciente.
<p>6-HISTORIA CLINICA Y REGISTROS</p>		

Los reportes de las imágenes diagnosticas son enviadas en medio magnético a través del software que tiene la Institución.	Los reportes de las imágenes diagnosticas son enviadas en medio magnético a través del software que tiene la Institución	1-Garantizar en medio magnético todos los formatos de consentimientos informados, para la toma de imágenes diagnósticas. 2-Cumplir con requisitos legales (Resolución 1995 de 1999). Diseñar y/o actualizar los consentimientos informados para la toma de laboratorios clínicos.
8. INTERDEPENDENCIA		
La Institución no tiene contrato suscrito para la lectura de imágenes diagnosticas (Medico Radiólogo).	La Institución no tiene contrato suscrito para la lectura de imágenes diagnosticas (Medico Radiólogo).	1-Gestionar recursos con el Ministerio de Hacienda para la contratación del profesional idóneo para la lectura de las imágenes Diagnosticas Lectura de rayos x, como lo establece la normatividad vigente. Resolución 2003 del 2014.
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO TAB		
1.TALENTO HUMANO		
ESTANDAR		
1-TALENTO HUMANO Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014	1-TALENTO HUMANO Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014	ACCIONES DE MEJORA 1-Capacitación de todo el personal de conductores y Auxiliares de Enfermería que cubren el servicio, en el tema de Referencia y Contra referencia de pacientes. Realizar verificación de las hojas de vida (verificación de títulos o credenciales que aseguren la competencia del personal y la seguridad en la atención de los pacientes, RETHUS).
2-INFRAESTRUCTURA		
Las Ambulancias habilitadas para la prestación del servicio por la Institución cumplen con el criterio establecido en la normatividad vigente. No se dispone de un medio de transporte adecuado para el traslado de pacientes de HANSEN que tienen discapacidades, para el agarre	Las Ambulancias habilitadas para la prestación del servicio por la Institución cumplen con el criterio establecido en la normatividad vigente. No se dispone de un medio de transporte adecuado para el traslado de pacientes de HANSEN que tienen discapacidades, para el agarre	ACCIONES DE MEJORA 1-Garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo a las necesidades de cada vehículo. 2-Gestionar recursos con el Ministerio de la protección Social para la adquisición de un vehículo adecuado para el traslado de pacientes de Hansen que tienen secuelas y/o discapacidad para el agarre y que por su cuadro clínico requiere atención especializada por consulta externa en Instituciones de mayor complejidad.
3-DOTACION		
No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad.	No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad	ACCIONES DE MEJORA 1-Se gestionó a través de la Administración municipal con recursos de cuentas maestras un proyecto para la adquisición de equipos biomédicos, requeridos para la prestación de los servicios con calidad. Proyecto que está, suspendido por ley de garantías.

		2-A través de la Secretaria de Salud Departamental está en proceso un proyecto de compra de equipo biomédico, en el cual se encuentra incluido el Sanatorio de Contratacion ESE.
4- MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS		ACCIONES DE MEJORA
Cuenta con los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	Cuenta con los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	1. Continuar con la implementación de programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.14. 3-Aplicar listas de chequeo con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.
5- PROCESOS PRIORITARIOS		
Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	1-Actualizar los protocolos, guías y manuales que Hay para la prestación de los servicios ofertados por la Institución. 2-Diseñar y/o actualizar los consentimientos informados para la referencia y contra referencia de pacientes. 3- Diseñar el instrumento para aplicar al personal a fin de establecer el grado de adherencia a cada uno de los protocolos, guías y manuales. 4- Socializar con el personal que presta el servicio de Ambulancia, la política de seguridad del paciente.
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS		
No se dispone de un mecanismo idóneo para el registro electrónico de la atención brindada en el traslado del paciente a Instituciones de mayor complejidad.	No se dispone de un mecanismo idóneo para el registro electrónico de la atención brindada en el traslado del paciente a Instituciones de mayor complejidad..	1. Gestionar recursos para la adquisición de una Tablet con datos, a fin de hacer los registros y el envío de los mismos en tiempo real a través del software de historia clínica que tiene la Institución.
1. INTERDEPENDENCIA N.A.	N.A.	
SERVICIO DE URGENCIAS		
ESTANDAR		ACCIONES DE MEJORA
1-TALENTO HUMANO Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014.	1-TALENTO HUMANO	1-Capacitación de todo el personal médico y de enfermería que presta servicios en el área, en los protocolos,

	Se cuenta con recurso humano requerido según la norma 2003 de 2014.	<p>guías y manuales que se manejan en el servicio.</p> <p>Realizar verificación de las hojas de vida (verificación de títulos o credenciales que aseguren la competencia del personal y la seguridad en la atención de los pacientes, RETHUS).</p> <p>Exigirle al personal que labora en el servicio realizar el curso para la atención de víctimas de atención de violencia sexual.</p>
2-INFRAESTRUCTURA		ACCIONES DE MEJORA
Las Ambulancias habilitadas para la prestación del servicio por la Institución cumplen con el criterio establecido en la normatividad vigente. No se dispone de un medio de transporte adecuado para el traslado de pacientes de HANSEN que tienen discapacidades, para el agarre	Las Ambulancias habilitadas para la prestación del servicio por la Institución cumplen con el criterio establecido en la normatividad vigente. No se dispone de un medio de transporte adecuado para el traslado de pacientes de HANSEN que tienen discapacidades, para el agarre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo a las necesidades de cada vehículo. 2. Gestionar recursos con el Ministerio de la protección Social para la adquisición de un vehículo adecuado para el traslado de pacientes de Hansen que tienen secuelas y/o discapacidad para el agarre y que por su cuadro clínico requiere atención especializada por consulta externa en Instituciones de mayor complejidad.
3-DOTACION		ACCIONES DE MEJORA
No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad.	No se dispone en el servicio de todos los equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio con calidad y oportunidad	<ol style="list-style-type: none"> 3. Con recursos de cuentas maestras se gestionó a través de la Administración municipal un proyecto para la adquisición de equipos biomédicos, requeridos para la prestación de los servicios con calidad. Proyecto que está, suspendido por ley de garantías. 4. La Secretaria de Salud Departamental está tramitando un Proyecto para la compra de equipo biomédico, en el cual se encuentra incluido el Sanatorio de Contratación ESE, lo cual beneficia de una manera significativa la Institución.
4- MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS		ACCIONES DE MEJORA
NO Cuenta con los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	NO Cuenta con los implementos adecuados para el almacenamiento, transporte, de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con la implementación de programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.14. 3-Aplicar listas de chequeo con la información de todos los medicamentos

		<p>para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; que incluye principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p> <p>Gestionar recursos con el área de presupuesto para la adquisición de implementos requeridos para el almacenamiento de los medicamentos, dispositivos e insumos.</p>
5- PROCESOS PRIORITARIOS		
Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	Se cuenta con algunos procesos, guías y manuales establecidos en la normatividad vigente.	<p>1-Actualizar los protocolos, guías y manuales que Hay para la prestación de los servicios ofertados por la Institución.</p> <p>2-Diseñar y/o actualizar los consentimientos informados para la referencia y contra referencia de pacientes y las atenciones en el servicio de urgencias.</p> <p>3- Diseñar el instrumento para aplicar al personal a fin de establecer el grado de adherencia a cada uno de los protocolos, guías y manuales.</p> <p>4- Socializar con el personal que presta el servicio en Urgencias, la política de seguridad del paciente.</p>
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS		
No se cuenta con el área adecuada de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma, para garantizar la privacidad de los registros que se realizan de forma manual como los consentimientos informados.	No se cuenta con el área adecuada de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma, para garantizar la privacidad de los registros que se realizan de forma manual como los consentimientos informados.	1. Gestionar recursos para la adquisición de los implementos necesarios que permitan garantizar la privacidad de los registros que se realizan de forma manual en el servicio, como los consentimientos informados, referencia y contra referencia de pacientes.
2. INTERDEPENDENCIA La Institución no cuenta con un procedimiento que permita realizar la lectura de las imágenes diagnosticas de Rayos X, que permita	La Institución no cuenta con un procedimiento que permita realizar la lectura de las imágenes diagnosticas Rayos X,	1. Gestionar recursos para la contratación de un médico radiólogo que realice la lectura de las imágenes Dx., a fin de mejorar la calidad en la atención del usuario.
PROCESO DE ESTERILIZACION		
TALENTO HUMANO	Cuenta con el recurso humano de acuerdo a lo	1. Continuar fortaleciendo el proceso

Cuenta con el recurso humano de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.	establecido en la normatividad vigente.	
INFRAESTRUCTURA		
No se dispone del área adecuada para garantizar la prestación del proceso de esterilización, de acuerdo a lo establecido en la resolución 445 de 1996 y 2003 del 2014.	No se dispone del área adecuada para garantizar la prestación del proceso de esterilización, de acuerdo a lo establecido en la resolución 445 de 1996 y 2003 del 2014.	1. Gestionar los recursos necesarios para adecuar el área de esterilización de acuerdo a los criterios establecidos en la normatividad vigente, a fin de garantizar atención con calidad y oportunidad, más aun cuando es un proceso transversal a todos los servicios.
DOTACION		
No se dispone de los equipos requeridos para la prestación del proceso de esterilización como Autoclave, Selladora, Cortadora, incubadora.	No se dispone de los equipos requeridos para la prestación del proceso de esterilización como Autoclave, Selladora, Cortadora, incubadora.	1-Hacer seguimiento al proceso contractual que está adelantando la Administración Municipal a través de recursos de cuentas maestras y el proceso que lleva la Secretaria de Salud Departamental para la adquisición de equipos biomédicos.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS		
No dispone de los implementos requeridos para el lavado, secado, almacenamiento, sellado, y Distribución, del material estéril.	No dispone de los implementos requeridos para el lavado, secado, almacenamiento, sellado, y Distribución, del material estéril	1-Gestionar los recursos necesarios para adquirir todo los implementos necesarios a efecto de garantizar que el proceso se realice con calidad y oportunidad.
PROCESOS PRIORITARIOS		
No se dispone de los protocolos, guías y manuales para el proceso de lavado, secado, empaque, almacenamiento, transporte del material estéril. 'Protocolo de esterilización.	No se dispone de los protocolos, guías y manuales para el proceso de lavado, secado, empaque, almacenamiento, transporte del material estéril. 'Protocolo de esterilización.	1-Actualización y socialización y evaluación del protocolo al personal encargado de esterilización. 2-Diseñar y/o elaborar los registros de control del material dispensado para cada servicio. 3-Diseñar y/o elaborar el registro para los insumos que pueden ser reutilizados, para hacer trazabilidad a cada uno de ellos. 4-Diligenciar de forma diaria los registros de pruebas biológicas aplicados a los procesos de esterilización.
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS		
No se Disponen de los formatos requeridos para cada uno de los procesos que se llevan a cabo en esterilización.	No se Disponen de los formatos requeridos para cada uno de los procesos que se llevan a cabo en esterilización	1-Diseñar y/o elaborar el registro para los insumos que pueden ser reutilizados, para hacer trazabilidad. 2-Diseñar y/o elaborar los registros de control del material dispensado para cada servicio.

INTERDEPENDENCIA.		
N.A.	N.A.	N.A
PROCESO DE INTERNACION		
TALENTO HUMANO		
Cuenta con el recurso humano de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.	Cuenta con el recurso humano de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.	1-Realizar verificación de las hojas de vida (verificación de títulos o credenciales que aseguren la competencia del personal y la seguridad en la atención de los pacientes, RETHUS). 2-Exigirle al personal que labora en el servicio realizar el curso para la atención de víctimas de atención de violencia sexual. Continuar fortaleciendo el proceso
INFRAESTRUCTURA		
No se dispone del área adecuada para garantizar la prestación del proceso de esterilización, de acuerdo a lo establecido en la resolución 445 de 1996 y 2003 del 2014.	No se dispone del área adecuada para garantizar la prestación del proceso de esterilización, de acuerdo a lo establecido en la resolución 445 de 1996 y 2003 del 2014.	1-Gestionar los recursos necesarios para adecuar el área de esterilización de acuerdo a los criterios establecidos en la normatividad vigente, a fin de garantizar atención con calidad y oportunidad, más aun cuando es un proceso trasversal a todos los servicios.
DOTACION		
No se dispone de los equipos requeridos para la prestación del proceso de internación como son carro de paro, desfibrilador, bombas de infusión, monitor de signos vitales, electrocardiógrafos.	No se dispone de los equipos requeridos para la prestación del proceso de internación como son carro de paro, desfibrilador, bombas de infusión, monitor de signos vitales, electrocardiógrafos.	1-Hacer seguimiento al proceso contractual que está adelantando la Administración Municipal a través de recursos de cuentas maestras y el proceso que lleva la Secretaria de Salud Departamental para la adquisición de equipos biomédicos. 2-Gestionar recursos para garantizar la calibración de los equipos, tal como lo consagra la norma 2003 del 2014.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS		
No dispone de los Dispositivos médicos e implementos requeridos para el almacenamiento, dispensación.	No dispone de los Dispositivos médicos e implementos requeridos para el almacenamiento, dispensación	1-Gestionar los recursos necesarios para adquirir todo los implementos necesarios a efecto de garantizar que el proceso se realice con calidad y oportunidad.
PROCESOS PRIORITARIOS		
Se tienen algunos protocolos, guías y manuales que se manejan en el servicio de acuerdo a lo establecido en la resolución 203 del 2014.	Se tienen algunos protocolos, guías y manuales que se manejan en el servicio de acuerdo a lo establecido en la resolución 203 del 2014.	1-Actualizar y /o elaborar los protocolos que por norma 2003 de 2014, se deben manejar en el servicio, socializarlos y evaluarlos en el 100% del personal asistencial a fin de mirar el grado de adherencia de cada uno de ellos.

		2- Capacitar todo el personal asistencial en el tema de seguridad del paciente y evaluar el grado de adherencia al programa. 3- Gestionar los recursos necesarios para la adquisición de cortinas para separación de las camas a efecto de brindar privacidad al paciente, Así mismo adquirir las manillas para identificación de los mismos, de acuerdo a lo establecido en la resolución 2003 del 2014.
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS		
Se cuenta con un software, a través del cual se registran las atenciones prestadas a los pacientes; sin embargo presenta falencias.	Se cuenta con un software, a través del cual se registran las atenciones prestadas a los pacientes sin embargo presenta falencias.	1-Gestionar con el proveedor del Software GD la actualización de la Historia clínica, a fin que permita hacer los registros en tiempo real, con calidad y oportunidad, cumpliendo con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999. 2-Elaborar el protocolo y/o manual para el manejo de la historia clínica, socializarlo y evaluarlo con el personal responsable en los servicios.
INTERDEPENDENCIA.		
N.A.	N.A.	N.A

2.6 Planta de Personal

Actualmente la planta del Sanatorio de Contratación cuenta con 117 empleos distribuidos así:

Nivel	De Periodo Fijo	De Libre Nombra. Y Remoción	De Carrera	En Periodo de Prueba	Provisionales	Trabajador oficial	TOTAL
Directivo	1						1
Asesor		1					1
Profesional			1	6	02		09
Técnico			2	4			6
Asistencial		1	28	29	05		63
Trabajador Oficial						37	37
TOTAL	1	2	31	39	07	37	117

Fuente: Recursos Humanos, sanatorio Contratación, 2019

2.6.1 Evaluación Desempeño Laboral

Durante el mes de Julio-19, se realizó la evaluación del periodo de prueba de 35 funcionarios.

Durante el mes de Agosto, se realizó la calificación correspondiente al primer semestre de 2019 a 31 funcionarios de carrera administrativa

Variable	2018
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	128
Empleados Públicos	87
Trabajadores Oficiales	39
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	2
Planta Temporal	0

Fuente: SIHO, 2018

La última evaluación del personal de planta se ha realizado con corte al semestre II de 2018 con resultados satisfactorios.

En el último año, los procesos de selección de personal hicieron posible el nombramiento de personas nuevas para cubrir varias plazas disponibles durante el año 2018. Dicho fenómeno junto a pobres procesos de empalme, la rotación del personal, incidieron negativamente en la pérdida de la continuidad de los procesos de la institución.

Recomendaciones:

- ✓ Se requiere implementar la nueva metodología establecida por el DAFP.
- ✓ Se hace necesario la actualización de los procesos de la institución, articular y actualizar el manual de funciones de acuerdo a los nuevos retos de la Gerencia.
- ✓ Aplicación estricta de un nuevo plan de capacitaciones a manera de reforzar los procesos de la Institución de acuerdo a las funciones y retos de la institución.

2.7 Gasto Comprometido (miles de pesos corrientes)

Variable	2018
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	14.391.251,88
Gasto de Funcionamiento	14.117.864,31
Gastos de Personal	4.602.801,29
Gasto de Personal de Planta	4.414.249,43
Servicios Personales Indirectos	188.551,86
Gasto de Sueldos	2.390.232,97
Gastos Generales	770.155,32
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	135.058,57
Otros Gastos	8.883.236,71
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	82.779,78
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	14.474.031,66

Fuente: SIHO, 2018

2.8 Ingresos Reconocidos (miles de pesos corrientes)

Variable	2018
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	15.011.292,68
Total Venta de Servicios	1.319.520,94
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	723.634,79
.....Régimen Contributivo	310.469,86
Otras ventas de servicios	285.416,29
Aportes	13.594.146,26
Otros Ingresos	97.625,48
Cuentas por cobrar Otras vigencias	497.139,39
Ingreso Total Reconocido	15.508.432,07

Fuente: SIHO, 2018

2.9 Ingresos Recaudados (miles de pesos corrientes)

Variable	2018
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	14.836.313,69
Total Venta de Servicios	1.151.229,43
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0
.....Régimen Subsidiado	723.634,79
.....Régimen Contributivo	142.178,36
Otras ventas de servicios	285.416,29
Aportes	13.592.670,83
Otros Ingresos	92.413,43
Cuentas por cobrar Otras vigencias	497.139,39
Ingreso Total Recaudado	15.333.453,07

Fuente: SIHO, 2018

2.10 Equilibrio y Eficiencia

Variable	2018
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,07
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,06
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,04
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	1,03
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	19.090
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	206.202,38
Gasto de personal por UVR (\$)	66.590,45

Fuente: SIHO, 2018

El indicador de Equilibrio presupuestal con recaudo se cumple si el indicador arroja un valor menor de 1. El cumplimiento de este indicador plantea que por un peso que se gasta, el ingreso sea igual a un peso.

El indicador de Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida exige que la entidad tenga niveles de productividad y que éstos se sustenten con los gastos que exige el servicio que los produce.

Recomendaciones:

- ✓ Se debe mantener acciones enérgicas en recuperación de cartera y procurar porque el gasto sea proporcional a los ingresos, así mismo lograr incrementar los valores de producción de las áreas asistenciales de la ESE.

2.11 Cartera Deudores (miles de pesos corrientes)

Variable	2018
Total Cartera	743.730,51
< 60 días	367.609,34
61 a 360 días	316.099,19
> 360 días	60.021,98
Régimen Subsidiado	321.035,46
< 60 días	93.381,63
61 a 360 días	209.084,48
> 360 días	18.569,35
Población Pobre No Asegurada	3.714,3
< 60 días	213,36
61 a 360 días	1.981,38
> 360 días	1.519,56
Régimen Contributivo	176.557,71
< 60 días	52.556,91
61 a 360 días	93.419,57
> 360 días	30.581,23
SOAT ECAT	1.690,4
< 60 días	1.690,4
61 a 360 días	0
> 360 días	0
Otros Deudores	240.732,65
< 60 días	219.767,04
61 a 360 días	11.613,77
> 360 días	9.351,85

Fuente: SIHO, 2018

2.12 Pasivos (miles de pesos corrientes)

Variable	2018
TOTAL PASIVO	343.527,64
...SERVICIOS PERSONALES	0
Otros Acreedores	343.527,64

Fuente: SIHO, 2018

De acuerdo a lo anteriormente descrito y según información del proceso de empalme Institucional, se identifican las siguientes:

Debilidades:

- Según la página web de SIHO del Ministerio de salud y protección social en el marco del decreto 2193, además de la circular única de la SUPERSALUD, se evidencia que la entidad para el año 2018, no realizó oportunamente los reportes de información.
- Aunque los reportes de información acreditan que los indicadores de oportunidad de medicina general y odontología están dentro de los parámetros, existen algunas quejas de la Secretaria de Salud

2.13 Gestión Ambiental

La institución, mediante la resolución N° 1062 de 2012, adoptó la política a de gestión ambiental, se evidencia que la institución realiza las siguientes actividades con importantes logros y fortalezas:

- Protocolos de limpieza y desinfección áreas hospitalarias.
- Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios PGIRSH y sus reportes de información en los formatos RH1 ante las autoridades competentes.
- Protocolo de lavandería.

De acuerdo a lo anteriormente descrito se identifican a su vez, las siguientes:

Debilidades:

- Inexistencia de campañas de aprovechamiento de residuos sólidos.
- Inexistencia de estudio de vertimientos y trámite ante la autoridad ambiental para la obtención del permiso respectivo.
- Campaña de recolección de inservibles.
- Cruce de área y posible exposición por inadecuada refrigeración de residuos anatomopatológicos. Se requiere el aislamiento del área.

2.14 Facturación

Dentro del proceso de empalme realizado entre la administración saliente y entrante, se generó por parte del personal responsable del área la siguiente información que se resume a continuación:

Deudor	Facturación pendiente de radicar
REGIMEN CONTRIBUTIVO	
CAFESALUD	0,00
COMPENSAR	0,00
COOMEVA EPS	74.477,00
COOSALUD EPS S.A.	649.826,00
E.P.S. SANITAS	132.377,00
FAMISANAR	0,00
MEDIMAS EPS S.A.S	148.054,00
NUEVA EPS	22.212.385,00
SALUDCOOP	0,00
SALUDTOTAL	73.700,00
SUBTOTAL CONTRIBUTIVO	23.290.819,00
REGIMEN SUBSIDIADO	
ASMET SALUD	0,00
ASMET SALUD EPS SAS	0,00
ASOCIACION BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ EPS-S-ESS	0,00
CAFESALUD	0,00
CAJA DE COMPENSACION FAMILAIR DE CUNDINAMARCA	0,00
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA	0,00
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	638.541,00
CAJACOPI EPS SECCIONAL CESAR	0,00
CAPITAL SALUD	0,00
COMPARTA – A.R.S.	1.059.650,00
COOSALUD EPS S.A.	35.621.643,00
COOSALUD EPSS	0,00
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS EPS-S	0,00
EPS CONVIDA	0,00
MEDIMAS EPS S.A.S	132.068,00
NUEVA EPS	780.128,00
SALUDVIDA EPS	377.788,00
SUBTOTAL SUBSIDIADO	38.609.818,00
SOAT – ECAT	
MUNDIAL DE SEGUROS	0,00
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	105.819,00
QBE CENTRAL DE SEGUROS	0,00
SEGUROS COLPATRIA S.A. SOAT	0,00
SEGUROS DEL ESTADO	0,00
SUBTOTAL SOAT-ECAT	105.819,00
POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (Secretarias departamentales)	
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTA DE SANTANDER	127.396,00
SUBTOTAL POBL. POBRE (Secr. Dptales)	127.396,00
POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (Secretarias municipales y distritales)	

Deudor	Facturación pendiente de radicar
SUBTOTAL POBL. POBRE (Secr. Mples/Distritales)	0
OTROS DEUDORES	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	0
SEGUROS BOLIVAR S.A.	
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER	0
UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	1.534.513,00
BATALLON GALAN EJERCITO NACIONAL	301.330,00
POLINAL– SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER	1.574.304,00
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE BOYACA	0
Policía Nacional	0
Ecopetrol	0
Medicina Pregada Suramericana S.A.	724.328,00
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C	0
Plan de Intervenciones Colectivas Mpal/Dtal (Antes PAB)	10.493.259,00
Otras Deptales dif a Poblacion pobre y Plan de Intervenciones Colectivas	196.423.529,00
Otras Mpales/Distritales dif a Poblacion pobre y Plan de Intervenciones Colectivas	0
Otros Deudores por venta de servicios de salud	0
SUBTOTAL DEUDORES	211.051.263,00
OTROS SERVICIOS	
SUBTOTAL OTROS SERVICIOS	0
GRAN TOTAL	273.185.115,00

Debilidades:

Se evidencia que el Sistema de información de facturación “GD” presenta inconvenientes manifestados por el personal de facturación, que lo hacen ineficiente respecto a las necesidades de la entidad, aunado a lo anterior no existe una adecuada interacción con las diferentes áreas en la alimentación del sistema, pobres herramientas para la generación de informes y reportes a entes de control, existe un alto riesgo de pérdida de facturación y por ende en la cartera como retribución a la entidad en los costos de producción. Los retos de los primeros 100 días de la nueva administración se concentrarán en diagnosticar con detalle la funcionalidad del software, la interacción con las diferentes áreas.

No se identificaron las gestiones oportunas ante las diferentes EPS para la radicación de la facturación de la ESE en los términos contractuales vigentes, se priorizarán acciones por la nueva administración que conlleven a contar mensualmente con un control del proceso y relación de consecutivos de radicación que deberán ser remitidos posteriormente al área de cartera, se mantendrá una relación clara de los estados de negociación con las EPS y la contratación al día.

Recomendaciones:

- ✓ Se requiere revisar los estados contables, en especial la veracidad y precisión de las cifras de facturación, radicación oportuna ante las EPS.
- ✓ Se hace necesario motivar la revisión de los contratos vigentes con las EPS a fin de mejorar las condiciones de negociación, procedimientos precisos de facturación, la radicación oportuna, glosas, notificación a fin de blindar a la entidad en el futuro.
- ✓ La revisión y mejoramiento del software contable de la entidad hará posible la integración de los diferentes procesos de la entidad, con prioridad la facturación y cartera de la entidad.

2.15 Cartera

Dentro del proceso de empalme realizado entre la administración saliente y entrante, se generó por parte del personal responsable del área la siguiente información que se resume a continuación:

Deudor	EDAD DE CARTERA							Total cartera
	De 0 Hasta 30 Días	De 31 Hast a 60 Días	De 61 Hast a 90 Días	De 91 Hast a 180 Días	De 181 Hasta 270 Días	De 271 Hasta 360 Días	Mayor de 36 0	
REGIMEN CONTRIBUTIVO								
CAFESALUD	0	0	0	0	0	0	3098864	3098864
COMPENSAR	0	53277	154213	0	0	0	316703	524193
COOMEVA EPS	0	95312	0	938796	153827	1305307	2225768	4719010
COOSALUD EPS S.A.	529800	1133220	0	3113684	0	199200	0	4975904
E.P.S. SANITAS	1700542	158620	0	181672	830354	0	697900	3569088
FAMISANAR	0	178236	174977	215432	386103	0	0	954748
MEDIMAS EPS S.A.S	53777	127912	0	729251	501900	0	0	1412840
NUEVA EPS	16191129	31444888	18593653	56196591	6591205	2364558	20841500	152223524
SALUDCOOP	0	0	0	0	0	0	3400493	3400493
SALUDTOTAL	54557	835642	318958	162990	306898	0	0	1679045
SUBTOTAL CONTRIBUTIVO	18529805	34027107	19241801	61538416	8770287	3869065	30581228	176557709
REGIMEN SUBSIDIADO								
ASMET SALUD	0	0	0	279208	213351	0	0	492559
ASMET SALUD EPS SAS	113577	0	0	0	0	0	0	113577
ASOCIACION BARRIOS UNID OS DE QUIBDO AMBUQ EPS -S-ESS	0	0	0	0	0	104000	0	104000
CAFESALUD	0	0	0	0	0	0	4272934	4272934
CAJA DE COMPENSACION F AMILAIR DE CUNDINAMARC A	0	0	0	0	0	0	130860	130860
CAJA DE COMPENSACION F AMILIAR DE CARTAGENA	0	0	0	0	0	0	1618054	1618054

PLAN ESTRATÉGICO 2019-2022
ESE SANATORIO DE CONTRATACIÓN

Deudor	EDAD DE CARTERA							Total cartera
	De 0 Hasta 30 Días	De 31 Hast a 60 Días	De 61 Hast a 90 Días	De 91 Hast a 180 Días	De 181 Hasta 270 Días	De 271 Hasta 360 Días	Mayor de 36 0	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COM FACOR	0	0	0	0	83400	0	0	83400
CAJACOPI EPS SECCIONAL CESAR	0	0	0	0	0	0	984620	984620
CAPITAL SALUD	0	0	0	0	0	0	477862	477862
COMPARTA – A.R.S.	283436	0	556354	98300	0	0	0	938090
COOSALUD EPS S.A.	41177739	45741467	37618332	130121888	25128719	8483435	2220	288273800
COOSALUD EPSS	0	0	0	0	0	0	410482	410482
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPS OS EPS-S	0	0	0	0	0	0	1183390	1183390
EPS CONVIDA	0	0	0	0	0	0	84850	84850
MEDIMAS EPS S.A.S	0	0	0	284446	284515	0	0	568961
NUEVA EPS	3787518	2163316	1623938	2536288	1095169	165126	6207432	17578787
SALUDVIDA EPS	114577	0	0	92546	315460	0	3196646	3719229
SUBTOTAL SUBSIDIADO	45476847	47904783	39798624	133412676	27120614	8752561	18569350	321035455
SOAT – ECAT								
MUNDIAL DE SEGUROS	0	0	0	54100	0	0	0	54100
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	0	0	0	0	0	0	0	0
QBE CENTRAL DE SEGUROS	0	0	0	158740	0	0	0	158740
SEGUROS COLPATRIA S.A. SOAT	0	142413	0	0	46107	0	0	188520
SEGUROS DEL ESTADO	381900	192438	0	20100	180000	514600	0	1289038
SUBTOTAL SOAT-ECAT	381900	334851	0	232940	226107	514600	0	1690398
POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (Secretarias departamentales)								
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTA DE SANTANDER	0	213360	0	422181	720792	838406	1519560	3714299
SUBTOTAL POBL. POBRE (S ecr. Dptales)	0	213360	0	422181	720792	838406	1519560	3714299
POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (Secretarias municipales y distritales)								
SUBTOTAL POBL. POBRE (S ecr. Mples/Distritales)	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS DEUDORES								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	59.900	677.356	0	0	207.689	0	55.600	1.000.545
SEGUROS BOLIVAR S.A.	0	0	0	86.937	0	0	0	86.937
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER	0	0	0	0	0	2.357.965	3.692.341	6.050.306
UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	728.448	2.218.539	2.891.522	2.498.354	152.400	0	0	8.489.263
BATALLON GALAN EJERCITO NACIONAL	84.677	0	0	1.093.766	0	810.820	371.635	2.360.898
POLINAL– SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER	834.939	186.297	466.217	709.629	272.846	0	5.232.271	7.702.199
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE BOYACA	0	17.738.318	0	0	0	0	0	17.738.318
Policia Nacional	0	0	0	0	0	0	0	0

Deudor	EDAD DE CARTERA							Total cartera
	De 0 Hasta 30 Días	De 31 Hast a 60 Días	De 61 Hast a 90 Días	De 91 Hast a 180 Días	De 181 Hasta 270 Días	De 271 Hasta 360 Días	Mayor de 36 0	
Ecopetrol	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Pregada Suramericana S.A.	815.032	0	0	0	0	0	0	815.032
LA EQUIDAD SEGUROS DE V IDA O.C	0	0	0	0	0	65.620	0	65.620
Plan de Intervenciones Collec tivas Mpal/Dtal (Antes PAB)	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Deptales dif a Poblacio n pobre y Plan de Intervencion es Colectivas	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Mpales/Distritales dif a Poblacion pobre y Plan de In tervenciones Colectivas	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros Deudores por venta de servicios de salud	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL DEUDORES	2.522.996	20.820.510	3.357.739	4.388.686	632.935	3.234.405	9.351.847	44.309.118
OTROS SERVICIOS								
SUBTOTAL OTROS SERVICI OS	0	0	0	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL	66911548	103300611	62398164	199994899	37470735	17209037	60021985	547306979

Debilidades:

A pesar de los esfuerzos del personal en mantener al día los procesos de cartera de la Institución, se evidencia inconvenientes en el software GD el cual administra la información de gran parte de los procesos. Los retos en el primer año de la nueva administración se concentrarán en diagnosticar con detalle la funcionalidad del software, la interacción con las diferentes áreas.

Recomendaciones:

- ✓ Se requiere revisar los estados contables, en especial la veracidad y precisión de las cifras de cartera, a fin de determinar estados reales de cuenta, la antigüedad y las posibilidades jurídicas para su recuperación.
- ✓ Se hace necesario motivar la revisión de los contratos vigentes con las EPS a fin de mejorar las condiciones de negociación, las condiciones de pago y la recuperación de la cartera, la notificación y cobros pre jurídicos a fin de blindar a la entidad en el futuro.
- ✓ La revisión y mejoramiento del software contable de la entidad hará posible la integración de los diferentes procesos de la entidad, con prioridad la facturación y cartera de la entidad.

- ✓ La realización de las mesas de concertación con las EPS serán una prioridad, las cuales tendrá con anticipación los debidos cruces de cuentas, actuación oportuna en glosas, la actualización del manual de cartera y sus procesos, la designación de responsabilidades y su control interno, la circularización oportuna, harán posible la mejora de este importante proceso en la institución y lo cual redundará en información más confiable y la recuperación de la cartera.

2.16 Gobierno en línea y sistemas de información

Dentro del proceso de empalme realizado entre la administración saliente y entrante, se generó por parte del personal responsable del área las siguientes observaciones y variada información que se resume a continuación:

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Qué aspectos considera que debe tener en cuenta el mandatario electo en el corto plazo (100 primeros días), respecto a la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea y en el manejo de herramientas tecnológicas?	Algunos aspectos que debe tener en cuenta la Administración entrante es conocer las ventajas que tiene la estrategia de Gobierno en Línea. Esta es un área muy importante ya que hasta el momento no se le ha dado la importancia necesaria para que esta herramienta funcione de la correcta, ciñéndose a los parámetros establecidos por la Ley. Respaldo al WEB-MASTER entrante en cada uno de los procesos de actualización o los requerimientos necesarios para que la página mejore cada día.
2. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea?	Positivos: Por medio de esta herramienta se está incentivando el uso de la tecnología, también se está creando y formando un Estado transparente, donde cada uno de los usuarios del Sanatorio de contratación E.S.E. pueda participar en los procesos y proyectos que se ejecutan en el mismo. Negativos: Falta de acompañamiento y fortalecimiento durante el año 2017 y siguientes.
3. ¿Qué considera usted que debería continuar?	La actualización de la estrategia y la innovación de las TIC

4. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea y en el manejo de herramientas tecnológicas?	La automatización, aprendizaje y actualizaciones de los servicios mediante estrategias junto con la colaboración de todas las dependencias y el aprovechamiento de las TIC. Ahorro en tiempo y dinero gracias a la aplicación de las tecnologías; facilitando la consulta e investigación por parte del ciudadano.
5. ¿Cuáles son las dificultades de la implementación de la estrategia de Gobierno en Línea y en el manejo de herramientas tecnológicas?	Falta de recursos y sensibilización sobre las estrategias que permiten mayor gestión y utilidad para la entidad, viendo así la necesidad de invertir dineros en las tecnologías como medio.

Debilidades:

Se evidenció una gran falencia en la asignación de responsabilidades en la administración y reportes de información en las plataformas en las que se envía información a entes de control y autoridades del sector salud. Se requiere la actualización de los procesos y la implementación en tan importante tema en beneficio de la entidad y de la mejora constante de cada una de las áreas a fin de evitar sanciones en contra de la institución.

2.17 Gestión Documental y Archivo

Dentro del proceso de empalme realizado entre la administración saliente y entrante, se generó por parte del personal responsable del área las siguientes observaciones y variada información que se resume a continuación:

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Qué aspectos considera que debe tener en cuenta el mandatario electo en el primer año, respecto al inventario documental de la Entidad?	Los aspectos más importantes son sensibilizar y concientizar a los funcionarios de la Entidad sobre la importancia y responsabilidad que tenemos frente a políticas y lineamientos con respecto al desarrollo de procesos archivísticos y de Gestión Documental, ya que estos se generan en torno a las labores que se realizan en los archivos de gestión, en cumplimiento de la Ley General de Archivo: artículo (26): "es obligación de las Entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los

	documentos que se producen en ejercicio de las funciones, con el fin de asegurar y tener control de los documentos en sus diferentes fases".
2. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en el proceso de inventario documental de la Entidad?	1.- Uno de los aspectos positivos fue recibir la capacitación por parte del A.G.N., ya que se dio inicio al proceso de Inventarios Documentales de la Entidad, dando cumplimiento a la Ley. 2.- Que es un instrumento de recuperación de la información exacta y precisa en función de las tablas de retención documental. 3.-Es un instrumento de Control público. 4.- Señala el volumen de la serie documental, entre otros. Los aspectos negativos serian el no cumplimiento de todo lo anterior. 2.- El no cumplimiento con la entrega de los Inventarios Documentales en el tiempo estipulado en el cronograma de actividades.
3. ¿Qué considera usted que debería continuar?	La socialización y capacitaciones a todos los funcionarios de la Entidad, en temas relacionados con el Programa de Gestión Documental y Archivística.
4. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas del proceso de inventario documental de la Entidad?	Primero que todo el conocimiento adquirido ya que la realización de los Inventarios son fuente de historia, frente a la creación y desempeño de la Entidad, también para la realización de planes, programas y procesos, ya estos documentan derechos y deberes de los ciudadanos.
5. ¿Cuáles son las dificultades del proceso de inventario documental de la Entidad?	1.-Una de las dificultades que se ha presentado es la falta de comunicación cuando se presentan cambios de personal en las jefaturas o suspensión del cargo, ya que no se realiza el inventario individual. 2.- La responsabilidad y disponibilidad de los funcionarios de la Entidad, para cumplir con la entrega de los Inventarios cuando este es solicitado. 3.- La no realización de las Transferencias Documentales en el tiempo acordado en el cronograma de actividades programadas por la Unidad de archivo. 3.- La falta de espacio en el Archivo central para la ubicación del acervo documental. 4.- La falta de muebles (estantes) requeridos para la organización de los archivos documentales. Falta de equipos como impresora multifuncional, en la actualidad la de la dependencia esta prestada a la oficina de planeación. Personal capacitado en fundamentos y procesos archivísticos para cumplimiento de los programas y lineamientos del A.G.N.

Debilidades:

A pesar de contarse con una gran intención en los procesos de ley de archivo en la institución se requiere la actualización de los procesos y la implementación en tan importante tema en beneficio de la entidad y de la mejora constante de cada una de las áreas a fin de preservar la documentación de la institución.

2.18 Infraestructura, dotación y parque automotor:

La institución cuenta con tres edificaciones denominadas Don Bosco, Mazarello y Carrasquilla. Se identifica que las instalaciones físicas Don Bosco y Mazarello tienen más de 100 años de antigüedad, ambas sirven de albergue para pacientes de Hansen; mientras que Carrasquilla es un edificio de aproximadamente 8 años de construido, proyectado para albergue sin el uso respectivo.

El terreno de Don Bosco cuenta con un área aproximada 4908 m², de los cuales se destaca un área de 2000 m² construida, que no cumple con norma de sismo resistencia vigente, donde funciona el albergue de hombres pacientes de Hansen, los servicios de la IPS de primer nivel de atención según habilitación, además del área administrativa encabezada por la Gerencia y demás dependencias.

Existe un cruce de ambientes del área de urgencias con el área de hospitalización de pacientes de Hansen que requiere ser priorizada para su solución.

El terreno de Mazarello cuenta con un área aproximada 1985 m², de los cuales se destaca un área de 1192 m² construida, que no cumple con norma de sismo resistencia vigente, donde funciona el albergue de mujeres pacientes de Hansen.

Así mismo se cuenta con el Edificio Carrasquilla con un área de 2051 m², que no cumple con norma de sismo resistencia vigente, donde se prestan los servicios de medicina especializada (Medicina Interna, Dermatología a través de telederma, Psicología, Ortopedia y traumatología), fisioterapia y valoraciones anuales a pacientes Hansen.

Las condiciones del equipo bio médico y la dotación del Sanatorio de Contratación ESE, es precaria en términos de su vida útil, la cual en muchos de los casos excede los 15 años. Se hace imprescindible la dotación de áreas como: Urgencias, Consulta Externa, Odontología, Laboratorio Clínico, sala de partos, sala de procedimientos.

El parque automotor se identifica especialmente por las ambulancias con las que figura inscritas el Sanatorio de Contratación ESE en el REPS y los vehículos de servicio particular, las cuales son las siguientes:

Placa	Marca	Modelo	Estado	Observación
OSA-677	TOYOTA	1997	REGULAR	Vehículo particular
OFS-056	TOYOTA	1994	REGULAR	Vehículo ambulancia
OSF-150	TOYOTA	2008	ACEPTABLE	Vehículo ambulancia
OSB-000	CHEROLET D'MAX	2012	BUENO	Vehículo ambulancia
OTM009				Vehículo ambulancia, que no se evidencia su existencia físicamente

Recomendaciones:

- ✓ Las condiciones actuales de la infraestructura de los edificios de Don Bosco, Carrasquilla y Mazarello, su antigüedad y estado en términos de sismo resistencia y condiciones de sus habitaciones, baños, muros, cubiertas, pisos, motivan su adecuación, mejoramiento y ampliación desde el punto de vista del decreto 4445 de 1996, para dar cumplimiento en el tema de habilitación según varios requerimientos motivados por la Secretaria de Salud departamental.
- ✓ Solicitar a la Secretaria de Salud Departamental por terminación definir el uso puesta en funcionamiento de las instalaciones del edificio Carrasquilla, realizar el acondicionamiento para su uso, con la finalidad de mejorar la prestación de los servicios del Sanatorio de contratación ESE.
- ✓ Dada la antigüedad y condiciones de la dotación de equipo y mobiliario médico y del área administrativa, se requiere de motivar inversiones en procura de mejorar las condiciones de atención.
- ✓ Dada la antigüedad y condiciones del parque automotor, se hace necesario motivar la inversión para reponer mínimo dos vehículos ambulancia en el nuevo periodo administrativo.
- ✓ Se hace necesario actualizar el REPS ante la Secretaria de Salud según los vehículos ambulancias existentes y en funcionamiento.

3 PROYECCIÓN ESTRATEGICA SANATORIO CONTRATACIÓN E.S.E 2019-2022:

Para el desarrollo de este componente, se tiene en cuenta la ruta del Gobierno Nacional para el presente periodo administrativo 2019-2022, el cual se encuentra reflejado en el reciente documento Plan Nacional de Desarrollo del señor Presidente de la República Dr. Iván Duque aprobado por el Congreso de la República.

3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"

Pilares PND 2019-2022	Estrategia Transversal	Objetivo Estrategia PND	Objetivo Sectoriales PND	Estrategias
III. Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados		B. Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos	1) Objetivo 1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	a) Rediseñar el modelo de inspección, vigilancia y control del sector, y fortalecer las capacidades en el territorio
				b) Mejorar la Institucionalidad del sector de la salud
				c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia
			2) Objetivo 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	a) Definir prioridades en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad
				b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables
			3) Objetivo 3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores
				b) Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud

				<p>c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos</p>
				<p>d) Operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa</p>
				<p>e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones</p>
				<p>f) Incentivar la investigación en salud</p>
			<p>4) Objetivo 4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad</p>	<p>a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población</p>
			<p>5) Objetivo 5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud</p>	<p>a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud</p>
				<p>b) Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial</p>
				<p>c) Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud</p>
			<p>6) Objetivo 6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y</p>	<p>a) Hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.</p>

			generando nuevos con el aporte de todos	<p>b) Incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos</p> <p>c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector</p>
--	--	--	---	---

Del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 denominado “*Pacto por Colombia, Pacto por la equidad*”, el SANATORIO DE CONTRATACION ESE recibe con gran beneplácito una de las 20 metas que transformarán con seguridad a Colombia, la N° 6 que establece: “*Saneamiento de deuda por recobros del régimen contributivo de salud a 31 de diciembre de 2019. Elevar el índice de desempeño de los 922 hospitales públicos para ofrecer servicios de mejor calidad.*”.

3.2 Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: 2016-2025.⁴

Para el desarrollo de este componente, también se tiene en cuenta la ruta del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el documento denominado “**PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN “Compromiso de**

⁴ PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN. Ministerio de salud y protección social. 2016. Descargado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Plan-strategico-enfermedad-hansen-2016-2025.pdf>

todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen” 2016-2025” el cual fue expedido en el año 2016, en el que se encuentra la ruta proyectada en un horizonte de 10 años para el manejo y prevención de la enfermedad de Hansen.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se promoverán estrategias sectoriales y transectoriales, encaminadas a mejorar las condiciones de vida y salud de la población y disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable. Lo anterior, teniendo en cuenta la transición demográfica por la que atraviesa el país y sus consecuentes cambios en el perfil epidemiológico, así como la coexistencia de patrones de morbilidad y mortalidad de enfermedades del siglo pasado y enfermedades modernas, haciendo especial énfasis en la reducción de las inequidades en salud que hoy en día caracterizan al territorio nacional.

Según los Desafíos para el nuevo Plan Estratégico 2016 - 2025 la meta de lograr la eliminación efectiva de la Enfermedad de Hansen en Colombia se logrará si se mantienen los esfuerzos que se han venido realizando en los últimos años, aunque es necesario superar las brechas que se presentan y que se convierten en los desafíos a ser superados y que se pueden resumir de la manera siguiente:

i. Debilidades en la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales para el efectivo control de la Enfermedad de Hansen

- Implementar educación formativa de los estudiantes de Medicina y Enfermería en la enfermedad de HANSEN, toda vez que por el desconocimiento del profesional, el diagnóstico en los pacientes es demasiado tardío lo que genera discapacidad irreversible.
- Dificultades en la planeación, coordinación y ejecución de las acciones sectoriales e intersectoriales para la eliminación de la Enfermedad de Hansen
- Limitada capacidad de los gobernantes – EAPB e IPS para la gestión de los planes, programas y proyectos para la eliminación de la Enfermedad de Hansen
- Deficiencias en las acciones de Investigación, Vigilancia y Control de las entidades competentes de la eliminación de la Enfermedad de Hansen

ii. Deficiencias de los servicios de salud para lograr una atención integral de los pacientes afectados por la Enfermedad de Hansen

- Debilidades en las acciones de promoción y prevención en la comunidad para la detección precoz y el manejo oportuno de la Enfermedad de Hansen
- Deficiencias en los prestadores de servicios de salud y de la red de laboratorios para garantizar el diagnóstico precoz y el seguimiento adecuado de los pacientes.
- Dificultades en la continuidad del tratamiento de los pacientes y acceso limitado a medicamentos para casos de resistencia
- Barreras que se tienen para acceder al tratamiento oportuno por parte de los entes encargados de suministrar los medicamentos a las IPS.
- Dificultades en la identificación y clasificación de la discapacidad y en la remisión e integración de los pacientes a rutas de rehabilitación funcional y social.

iii. Persistencia del estigma y discriminación frente a la Enfermedad de Hansen y los pacientes viviendo con Enfermedad de Hansen

- Desinformación de la comunidad que mantiene creencias erróneas sobre la Enfermedad de Hansen favoreciendo el estigma y la discriminación.
- Deficiencias en la articulación de los actores involucrados en el control de la Enfermedad de Hansen para promover acciones conjuntas para la reducción del estigma y discriminación.

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016-2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
<p>Reforzar la rectoría y gobernanza de las entidades territoriales y la nación en el control de la Enfermedad de Hansen a través de la coordinación y las alianzas.</p>	<p>1.1 Lograr una planeación, coordinación y Ejecución efectiva de las acciones sectoriales e intersectoriales para la eliminación de la Enfermedad de Hansen en los ámbitos territoriales.</p>	<p>1. Generar y fortalecer un espacio sectorial y en lo posible intersectorial a nivel nacional, con el fin de generar espacios técnicos y de gestión para beneficio del abordaje programático de este evento. En esta mesa de trabajo periódica se considera la integración de las siguientes Instituciones: Ministerio de Salud y Protección Social, Direcciones Departamentales / Distrital de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Incluye centros de referencia y sanatorios), Instituto Nacional de Salud, Personas afectadas por</p>

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
		<p>Enfermedad de Hansen, la Academia (Universidades, sociedades científicas, etc.) y otros sectores</p> <p>2. Formular e Implementar el plan estratégico de Enfermedad de Hansen en las entidades territoriales departamentales, distritales.</p>
	<p>1.2 Mejorar las capacidades de las Entidades Territoriales – EAPB e IPS para la gestión de los planes, Programas y proyectos dirigidos a la eliminación de la Enfermedad de Hansen.</p>	<p>1. Formular y ejecutar acciones de generación de capacidades en Enfermedad de Hansen en cada una de las entidades territoriales.</p> <p>2. Formular y ejecutar actividades asistencia técnica desde las entidades territoriales nacional y departamental para el fortalecimiento de la capacidad de gestión en los distritos, municipios, EAPB e IPS.</p> <p>3. Implementar alianzas con el sector educativo, la academia y con las asociaciones científicas para la y otros actores con el fin de facilitar la implementación de las estrategias.</p> <p>4. Establecer alianzas entre diferentes sectores y fomentar la colaboración a nivel transnacional, nacional y territorial para la ejecución de las estrategias de control de la Enfermedad de Hansen.</p> <p>5. Desarrollar estrategias de Inspección, Vigilancia y Control, por parte de las entidades territoriales para garantizar que las EAPB e IPS cumplan con las funciones, responsabilidades y normas técnicas en la atención integral de las personas con enfermedad de Hansen.</p>
	<p>1.3 Ejecutar efectivamente acciones de Seguimiento y Evaluación por parte de las entidades encargadas de</p>	<p>1. Unificar el reporte de información epidemiológica, de laboratorio y gestión del programa, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el SIVIGILA y de la Red Nacional de Laboratorios.</p>

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
	realizar acciones tendientes a la prevención y manejo de la Enfermedad de Hansen	<p>2. Reforzar los sistemas de vigilancia y de información sanitaria, incluyendo los sistemas de georreferenciación para contribuir al monitoreo y evaluación de los programas.</p> <p>3. Ejecutar investigaciones operacionales para mejorar las evidencias que fundamenten políticas, estrategias y actividades.</p> <p>4. Realizar acciones intersectoriales e intersectoriales para el diseño y desarrollo de proyectos de investigación dirigidos a la búsqueda de nuevas estrategias y metodologías para el mejoramiento de la atención integral de los casos.</p> <p>5. Implementar la vigilancia rutinaria de la resistencia a fármacos para el manejo de la Enfermedad de Hansen.</p> <p>6. Fortalecer un sistema de monitoreo para garantizar el seguimiento estricto a los esquemas de tratamiento y al paciente después del alta por lo menos cinco años posteriores de su egreso apoyados en los sistemas de información.</p>
Mejorar los servicios de salud para lograr una atención integral de los pacientes afectados por la Enfermedad de Hansen	<p>2.1 Implementar acciones efectivas de promoción y prevención para incrementar la detección precoz y reducir la transmisibilidad de la Enfermedad de Hansen.</p> <p>2.2 Fortalecer la Organización y funcionamiento efectivo de la</p>	<p>1. Desarrollar actividades de información y educación a la comunidad para incrementar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad de Hansen (estimular la auto notificación).</p> <p>2. Fomentar la detección precoz mediante la búsqueda activa con enfoque diferencial en población priorizada y vulnerable.</p> <p>3. Realizar un manejo y seguimiento efectivo de los convivientes incluyendo evaluación clínica y vacunación con BCG.</p> <p>1. Fortalecer la capacidad de las EAPB, las IPS y la red de laboratorios para asegurar la calidad y</p>

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
	<p>red de prestadores de servicios y de laboratorios para mejorar la calidad y oportunidad del diagnóstico y el seguimiento adecuado de los pacientes.</p>	<p>oportunidad del diagnóstico y seguimiento de los pacientes de Enfermedad de Hansen.</p> <p>2. Asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los laboratorios de las IPS y de los laboratorios departamentales para mejorar la oportunidad y calidad en el diagnóstico y el manejo de los pacientes con Enfermedad de Hansen.</p> <p>3. Estandarizar y adoptar una nueva escala de valoración diagnóstica para los pacientes con Enfermedad de Hansen, consonante con los Estándares internacionales.</p> <p>4. Ejecutar un plan para la adopción de nuevas tecnologías que permitan el desarrollo de la red nacional de laboratorios para clasificación y vigilancia de la resistencia.</p> <p>5. Realizar regularmente la evaluación externa del desempeño a los laboratorios de la RNL.</p>
	<p>2.3 Mejorar la calidad y oportunidad en el tratamiento de los pacientes y el acceso a medicamentos para casos de resistencia.</p>	<p>1. Establecer mecanismos efectivos de comunicación, referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención y actores intervinientes.</p> <p>2. Fortalecer el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación para apoyar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (Ej. Telemedicina).</p> <p>3. Articular la atención integral de las personas afectadas por la enfermedad de Hansen a las diferentes rutas y redes de atención dentro del modelo de atención vigente en el sistema de salud.</p> <p>4. Identificar y gestionar el aseguramiento de los pacientes no afiliados al sistema de seguridad social en salud.</p>

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
		5. Fortalecer la supervisión de la adherencia al tratamiento.
		6. Asegurar el acceso a medicamentos incluyendo nuevos esquemas para acortar el tratamiento, mejorar la efectividad, reducir y tratar la resistencia.
	2.4 Fortalecer la identificación y clasificación de la discapacidad y la remisión e integración de los pacientes a rutas de rehabilitación funcional y social, incluyendo la rehabilitación basada en la comunidad.	1. Desarrollar investigación para la actualización de la situación de discapacidad de las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen.
		2. Formular una estrategia de rehabilitación para la reducción de la discapacidad en las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen con la participación de las entidades territoriales, las EAPB, las IPS y los pacientes.
		3. Actualizar las normas técnicas de prevención, detección, clasificación y manejo de la discapacidad.
		4. Estructurar dentro del marco de las redes integrales de atención de las EAPB las rutas de rehabilitación funcional.
		5. Incluir en el registro de localización y caracterización a las personas con discapacidad para su remisión a las rutas integrales de rehabilitación.
		6. Formular e implementar protocolos para la referencia de los pacientes con Enfermedad de Hansen a los programas de protección social.
		7. Desarrollar alianzas con otros sectores dirigidos a la generación y mejoramiento de ingresos de las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen y sus familias.
		8. Implementar la estrategia de RBC en los territorios (departamentos, distritos y municipios) con Enfermedad de Hansen como parte de los planes territoriales de salud y operativos anuales.

Pilares Plan Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Objetivo Estrategia PEPH	Estrategias
<p>Eliminar la discriminación y fomentar la inclusión con un enfoque de participación y garantía de derechos.</p>	<p>3.1 Mejorar la información, conocimiento y actitudes de la comunidad frente a la Enfermedad de Hansen para eliminar el estigma y la discriminación.</p>	<p>1. Desarrollo de investigaciones para mejorar el entendimiento sobre los conocimientos y actitudes de la población que ayuden a comprender las causas del estigma y discriminación y formular estrategias de reducción.</p> <p>2. Desarrollar una estrategia de comunicación con participación comunitaria y movilización social para erradicar el estigma histórico asociado a la Enfermedad de Hansen.</p>
	<p>3.2 Fortalecer la articulación de los actores involucrados en el control de la Enfermedad de Hansen que promuevan acciones conjuntas para la reducción del estigma y discriminación.</p>	<p>1. Empoderar a los afectados por la enfermedad y reforzar su capacidad para participar activamente en el mejoramiento de los servicios de atención a la Enfermedad de Hansen y en la formulación de políticas y estrategias para favorecer la inclusión social de los pacientes.</p> <p>2. Identificación de líderes, asociaciones de pacientes, y fortalecimiento de sus capacidades.</p> <p>3. Formular estrategias y planes de acción para luchar por la abolición del estigma y la discriminación, así como el fomento de políticas que faciliten la inclusión social de las personas afectadas por la Enfermedad de Hansen.</p>

3.2.1 Metas Estratégicas

Teniendo en cuenta que Colombia formuló un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para el período 2012 – 2021, las metas a proyectar tienen en cuenta dos horizontes temporales. El primero a 2021, teniendo en cuenta las metas planteadas en el PDSP y a 2025 que es el horizonte temporal de este plan estratégico. En consideración de lo mencionado se proponen las siguientes metas:

A 2021:

1. Disminuir la discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0,58 casos por un millón de habitantes.
2. Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 60% respecto a la línea de base de 2015.

A 2025:

3. Disminuir la discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos a una tasa de 0.46 casos por un millón de habitantes.
4. Reducir la Enfermedad de Hansen infantil en 100% con respecto a la línea de base en 2015.

3.3 Descripción de los Objetivos Estratégicos 2019-2022

3.3.1 Objetivo Estratégico N° 1 - Garantizar la prestación del servicio a los pacientes de Hansen

En el marco de la política Nacional de Hansen, el Sanatorio de Contratación ESE deberá articular todos sus esfuerzos en el cumplimiento de las metas nacionales con sus objetivos estratégicos Institucionales. Es así, que en el primer año del presente plan, se realizará un completo diagnóstico del cumplimiento de la normatividad en el manejo de la enfermedad y la aplicación de los programas nacionales a fin de contar con un importante insumo en la evaluación del programa. Se establecerá en el plan de acción anual las metas que conllevarán a reforzar la acción de las entidades involucradas en el control de la enfermedad, mejorar el servicio para lograr una atención integral de los pacientes, eliminar la discriminación y fomentar la inclusión de los pacientes de Hansen.

3.3.2 Objetivo Estratégico N° 2 - Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia

El personal del Sanatorio de Contratación ESE deberá enfocar sus esfuerzos en un mejor clima laboral con una nueva organización en pro de garantizar la prestación del servicio de salud con calidad y eficiencia. La realización de las metas proyectadas en el presente objetivo no serán posibles sin sentido de pertenencia, por ello los esfuerzos de la gerencia se concentrarán en cautivar a todo el

personal en el llamado a la transformación como único mecanismo de mejora constante en sus procesos administrativos y asistenciales, el incentivo al cumplimiento de logros en búsqueda de la eficiencia.

3.3.3 Objetivo Estratégico N° 3 - Fortalecer la política anticorrupción en la entidad

La búsqueda constante de las causas de las debilidades de los procesos de la entidad debe conllevar al diseño y ejecución de acciones contundentes en pro del fortalecimiento de los procesos de la Institución. La interacción de la Gerencia, los Coordinadores y personal en general con información hacia la comunidad, así como la recepción de las recomendaciones de la comunidad hacia la Gerencia, deben ser el pilar de una política clara y contundente contra la corrupción.

3.3.4 Objetivo Estratégico N° 4 - Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud pública

El Sanatorio de Contratación ESE buscará evitar al máximo la proliferación de las enfermedades prevenibles, mitigando el riesgo de eventos de salud pública que afecten a toda la comunidad, disminuir los casos de morbimortalidad en el municipio frente a las enfermedades transmisibles, actuará ante los casos que se presente de notificación en eventos en salud pública involucrando a los diferentes actores y activando los protocolos según el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

3.3.5 Objetivo Estratégico N° 5 – Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores

Se implementarán prácticas que permitan orientar la Institución en dar cumplimiento constante a indicadores estructurados bajo el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud y alienados con disposiciones del sistema de información para calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud SOGCS según exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud Departamental. Para el cumplimiento de este objetivo se priorizaran acciones en búsqueda de mejorar constantemente la oportunidad de acceso a los servicios de salud de los usuarios, la atención con calidad respetando los parámetros técnicos establecidos,

realizar las respectivas auditorías internas con la auto evaluación constante de los procesos asistenciales en búsqueda de la mejora de los procesos, y garantizar los reportes de información a las entidades del sector con información veraz y oportuna.

3.3.6 Objetivo Estratégico N° 6- Asegurar la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y humanización

Este objetivo tiene como reto lograr cumplir con estándares de Habilitación en salud con el fin de fortalecer un servicio humanizado, oportuno, seguro y poder mejorar la imagen corporativa de la institución a través del mejoramiento del servicio y comunicando a las partes interesadas la gestión positiva que realiza la entidad.

3.3.7 Objetivo Estratégico N° 7- Fortalecer la participación ciudadana

Desde las dependencias responsables de la administración del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU el Sanatorio de Contratación ESE, se consolidarán procesos que garanticen la participación de la comunidad en las decisiones de la Gerencia. Así mismo, se mejorará la comunicación mediante los mecanismos de participación, la recepción y respuesta oportuna de las diferentes peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de la ciudadanía como eje fundamental en la prestación de los servicios de la Institución.

3.3.8 Objetivo Estratégico N° 8 - Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad

La Gerencia en apoyo del área de Planeación de la Institución aunará esfuerzos por el diseño del plan médico arquitectónico y de dotación de la entidad, a fin de consolidar diferentes proyectos que permitan garantizar la capacidad instalada en términos del Registro Único de Prestadores REPS. Así mismo garantizará anualmente la realización de actividades tendientes al mantenimiento de las instalaciones y equipo biomédicos en procura de cuidar bienes existentes.

3.3.9 Objetivo Estratégico N° 9 - Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del personal que labora en la Institución

El personal es uno de los principales baluartes de la entidad, por ello en el marco de la política nacional aunará esfuerzos por la mejora de las condiciones laborales en el tema de seguridad y salud en el trabajo, bienestar social, la garantía de sus derechos, la búsqueda de la eficiencia, la capacitación y la promoción de los mejores con el ánimo de hacer cada día mejor los procesos de la entidad.

3.3.10 Objetivo Estratégico N° 10 - Garantizar para la ESE Sanatorio la sostenibilidad financiera en los procesos de Nivel 1

Aunque las condiciones financieras de la Institución dejan ver un panorama de equilibrio, se deben buscar mecanismos que permitan la proyección de un superávit que en el corto plazo permita a la Institución generar nuevos servicios en beneficio de los usuarios de Hansen y la comunidad usuaria del municipio de Contratación. El reforzamiento de las áreas de facturación, glosas, cartera, jurídica y contabilidad, serán prioritarias para el logro de este objetivo.

3.3.11 Objetivo Estratégico N° 11- Generar en el Sanatorio de Contratación ESE, iniciativas para mejorar la sostenibilidad financiera con servicios alternos

La Gerencia en apoyo de todo el personal de la institución, de la asociación de usuarios y de la Junta Directiva, diseñará estrategias de generación de ingresos mediante la realización de proyectos con enfoque social en beneficio de los pacientes de Hansen y sus familias. La venta de servicios acordes con la misión de la entidad posibilitara mejores ingresos y la conformación de ciclos de producción futura para la entidad.

3.4 Matriz Plan Estratégico para el Sanatorio de Contratación ESE 2019-2022

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
Objetivo 1. Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio	b) Mejorar la institucionalidad del sector de la salud	Política Nacional de Hansen	Garantizar la prestación del servicio a los pacientes de Hansen	Implementación del Plan Nacional Estratégico Prevención Hansen 2016- 2025	Porcentaje de avance	30	35	70	70	70	70
		Política Nacional de Hansen	Garantizar la prestación del servicio a los pacientes de Hansen	Ofertar el servicio de Telemedicina para el servicio de Hansen en la ESE Sanatorio	Porcentaje de avance	0	20	70	70	70	70
		Plan Anual de Adquisiciones	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Formulación y actualización del Plan Anual de Adquisidores según las necesidades de la entidad	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		PINAR Plan Institucional de Archivos	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Formulación, actualización y puesta en marcha del PINAR, Plan Institucional de Archivos, inventario documental y tablas de retención documental	Porcentaje de avance	0	20	100	100	100	100

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Plan de Previsión de Recursos Humanos	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Levantamiento de informe de los cargos de la entidad, funciones, proyección de retiro de funcionarios	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		Plan Estratégico de Talento Humano	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Formulación, actualización y puesta en marcha del plan de inducción y reinducción, plan de bienestar	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		PETI Plan Estratégico de TIC	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Fortalecimiento de los sistemas de información y consolidación contable de la entidad	Porcentaje de avance	10	15	50	90	90	90
		MECI	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Fortalecimiento del sistema de Control Interno y MECI de la entidad basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	Porcentaje de avance	20	30	70	70	70	70

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Formulación, actualización y puesta en marcha del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Porcentaje de avance	15	20	75	75	75	75
		Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	Consolidar la transformación cultural y organizacional con alto sentido de pertenencia	Formulación, actualización y puesta en marcha del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	Porcentaje de avance	15	20	75	75	75	75
	c) Blindar en forma efectiva al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Fortalecer la política anticorrupción en la entidad	Diseño e implementación del mapa de riesgos y plan anticorrupción de la entidad	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Fortalecer la política anticorrupción en la entidad	Diseño e implementación de la estrategia de racionalización de tramites de la entidad	Porcentaje de avance	0	20	100	100	100	100
		Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Fortalecer la política anticorrupción en la entidad	Realización de Rendición de cuentas ante la comunidad	N° de eventos de rendición de cuentas al año	1	1	1	1	1	4

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
Objetivo 2. Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos	b) Implementar intervenciones en salud pública, y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables	Resolución 518 de 2015 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud publica	Celebración y ejecución de Convenio Interadministrativo del Plan de Intervenciones Colectivas PIC	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		Resolución 3280 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud publica	Implementación y ejecución del Programa Ampliado de Inmunización PAI	Porcentaje de avance	95	95	95	95	95	95
		Resolución 3280 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud publica	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	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 del municipio en la vigencia objeto de evaluación / Total de	68,75	68,75	68,75	68,75	68,75	68,75

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
					mujeres gestantes identificadas del municipio en la vigencia objeto de evaluación						
		Resolución 3280 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud pública	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE. RES 408/2018	Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0	0	0	0	0	0
		Resolución 3280 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud pública	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva. RES 408/2018	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	0.80	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90	≥0.90

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
					de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación						
		Resolución 3280 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud publica	Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo. RES 408/2018	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia	0,8	≥0.80	≥0.80	≥0.80	≥0.80	≥0.80

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
					objeto de evaluación / Numero de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta externa de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación						
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud pública	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas. RES 408/2018	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 /	0	≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,03	≤0,03

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
					Número Total de pacientes que ingresan al servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación						
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Garantizar la intervención del Sanatorio en acciones para mejorar la salud pública	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS. RES 408/2018	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE Informe del responsable presentados a la Junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.	0	4	4	4	4	16
Objetivo 3. Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad	a) Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores	Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. RES 408/2018	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	0,78	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
					la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación						
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de odontología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de odontología de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	1,267	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	Mejoramiento continuo de calidad aplicada a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. RES 408/2018	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior	N.D	Autoevaluación completa en la vigencia evaluada	≥1,20	≥1,20	≥1,20	≥1,20
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. RES 408/2018	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	N.E	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9	≥0,9

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	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. RES 408/2018	Porcentaje de Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	50	50	100	100	100	100
		Resolución 408 de 2018 (MPS)	Monitorear la calidad mediante la evaluación y control de indicadores	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193/04 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 de decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector de salud y protección social o la norma que lo sustituya. RES 408/2018	Porcentaje de Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	75	75	100	100	100	100

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
	c) Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos	Ley 1751 de 2015 y Res 13437 de 1991 MPS	Asegurar la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad y humanización	Diseño e implementación de la política de humanización de la entidad	Porcentaje de avance	10	30	100	100	100	100
	e) Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones	Constitución Política Colombia, art 1, 2, 49. Ley 100/1993, art 153. Ley 1438 de 2011, num 310. Ley 850 de 2003. Ley 1757 de 2015. Ley 1751 de 2015. Decreto 1757 de 1994. Circular única SUPERSALUD. Res 2063 de 2017 (Política de participación social). Circular externa 008 de 2018	Fortalecer la participación ciudadana	Modernizar el Sistema Único de Atención al Usuario - SIAU y Promoción de los canales de atención y de PQR de la entidad hacia los ciudadanos	Porcentaje de avance	30	50	100	100	100	100

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Constitución Política Colombia, art 1, 2, 49. Ley 100/1993, art 153. Ley 1438 de 2011, num 310. Ley 850 de 2003. Ley 1757 de 2015. Ley 1751 de 2015. Decreto 1757 de 1994. Circular única SUPERSALUD. Res 2063 de 2017 (Política de participación social). Circular externa 008 de 2018	Fortalecer la participación ciudadana	Creación y actualización de la asociación de usuarios de la entidad	Porcentaje de avance	100	100	100	100	100	100
		Constitución Política Colombia, art 1, 2, 49. Ley 100/1993, art 153. Ley 1438 de 2011, num 310. Ley 850 de 2003. Ley 1757 de 2015. Ley 1751 de 2015. Decreto 1757 de 1994. Circular única SUPERSALUD. Res 2063 de 2017 (Política de participación social). Circular externa 008 de 2018	Fortalecer la participación ciudadana	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	Número de usuarios satisfechos encuestados / Número Total de usuarios encuestados	0,976	≥ 0,95	≥ 0,95	≥ 0,95	≥ 0,95	≥ 0,95

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
Objetivo 4. Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad	a) Instituciones prestadoras de servicios de salud dotadas con infraestructura adecuada y capacidad para responder con calidad y efectividad a las necesidades de toda la población	Decreto 1011 de 2016 (Componente habilitación). Decreto único reglamentario salud N° 0780 de 2016. Res 2003 de 2014 MPS. Decreto N° 4445 de 1996	Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad	Formular y gestionar un proyecto de dotación de la ESE Sanatorio	Porcentaje de avance	10	20	100	100	100	100
		Decreto 1011 de 2016 (Componente habilitación). Decreto único reglamentario salud N° 0780 de 2016. Res 2003 de 2014 MPS. Decreto N° 4445 de 1996	Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad	Formular y gestionar un proyecto de Mejoramiento, adecuación y/o ampliación de la ESE Sanatorio	Porcentaje de avance	10	20	100	100	100	100
		Decreto 1011 de 2016 (Componente habilitación). Decreto único reglamentario salud N° 0780 de 2016. Res 2003 de 2014 MPS	Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad	Formular y gestionar un proyecto de Adquisición de vehículos y/o ambulancias para la ESE Sanatorio	Porcentaje de avance	0	100	100	100	100	100

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
		Decreto 1011 de 2016 (Componente habilitación). Decreto único reglamentario salud N° 0780 de 2016. Res 2003 de 2014 MPS	Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad	Ejecución del Plan de Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de los equipos biomédicos e industriales de la ESE Sanatorio	N° de equipos intervenidos / N° de total de equipos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
		Decreto 1011 de 2016 (Componente habilitación). Decreto único reglamentario salud N° 0780 de 2016. Res 2003 de 2014 MPS	Mejorar la capacidad instalada habilitada de infraestructura, equipos tecnológicos y velocidad de respuesta en los procesos de la entidad	Ejecución del Plan de Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de la infraestructura de la ESE Sanatorio	Área de Intervención / Área Total Construida	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Objetivo 5. Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud	a) Cierre de brechas de talento humano en el sector de la salud	Plan de Incentivos Institucionales	Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del personal que labora en la Institución	Realización de encuentros de integración del personal	N° de actividades ejecutadas / N° actividades programadas	0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
		Plan de Incentivos Institucionales	Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del	Realización de actividades de sano esparcimiento en	N° de actividades ejecutadas / N°	0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
			personal que labora en la Institución	beneficio del personal	actividades programadas						
		Plan Institucional de Capacitación	Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del personal que labora en la Institución	Formulación, actualización y puesta en marcha del plan de Capacitación al personal en temas de las diferentes áreas de la entidad	N° de personas con capacitación / N° total de funcionarios	0	0,3	0,8	0,8	0,8	0,8
		Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecer y motivar las capacidades y habilidades del personal que labora en la Institución	Formulación, actualización y puesta en marcha del Plan de Trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo	Porcentaje de avance	80	80	85	85	85	85
Objetivo 6. Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos	c) Conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento	Dec 780 de 2016. Ley 1438 de 2011, art 80. Ley 1608 de 2013, art 8.	Garantizar para la ESE Sanatorio la sostenibilidad financiera en los procesos de Nivel 1	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo. RES 408/2018	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de	1,06	>1	>1	>1	>1	>1

PILARES PND 2018-2022	OBJETIVO ESTRATEGIA PND 2018 - 2022	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES INSTITUCIONALES	ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL 2019-2022	META PRODUCTO	INDICADOR ASOCIADO A LA META	LÍNEA BASE	PRODUCTO ESPERADO CUATRIENIO				
							2019	2020	2021	2022	Meta Cuatrienio
	definitivo y estructural de las deudas del sector				gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).						
		Dec 780 de 2016. Ley 1438 de 2011, art 80. Ley 1608 de 2013, art 8.	Generar para la ESE Sanatorio iniciativas para mejorar la sostenibilidad financiera con servicios alternos	Creación y Promoción de un proyecto de emprendimiento productivo con enfoque social para la Institución	N° de iniciativas formuladas	0	0	1	0	0	1

El presente se suscribe en el municipio de Contratación, a los doce (12) días del mes de septiembre del año 2019.

FREDY EDUARDO FONSECA SUÁREZ

Gerente – Sanatorio de Contratación E.S.E.