EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

Plan de Gestión 2020 – 2024

JOAQUIN ALBERTO ALVAREZ MONSALVE - GERENTE

Salud Integral para Todos
Nit 890907297-3
Carrera 18 Nº 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

Dr. CARLOS GUSTAVO QUIJANO RESTREPO
Alcalde Municipal.
(Presidente de la Junta Directiva).

Sra. ELIANA MARIA URAN ARROYAVE
Secretaria Municipal de Salud y Desarrollo Social.

Dra. CAROLINA LEMA FERNANDEZ
Representante de los Funcionarios Públicos del Área Asistencial de la Empresa Social del Estado.

Sra. GLORIA ELENA VELEZ JARAMILLO
Representante de la Asociación de Usuarios de la Empresa Social del Estado.

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN 8

1. MARCO NORMATIVO 9

2. OBJETIVOS 13
2.1 OBJETIVO GENERAL 13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 13

3. DIAGNOSTICO INICIAL 14

3.1 GENERALIDADES 14
3.1.1 Plataforma Estratégica 14
3.1.1.1 Misión 14
3.1.1.2 Visión 14
3.1.1.3 Objetivos de la institución 14
3.1.1.4 Mapa de procesos 15
3.1.1.5 Políticas 15
3.1.1.6 Estructura organizacional 16
3.1.1.7 Principios de la ESE 16
3.1.1.8 Estrategia Corporativa 17
3.1.1.9 Reseña Histórica 17

3.2 AREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATEGICA 18
3.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad 18
3.2.2 Plan de desarrollo 25

3.3 AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 27
3.3.1 Financiera 27
3.3.2 Producción 31
3.3.3 Sistema de Información 31

3.4 AREA ASISTENCIAL 32

4. LINEA DE BASE 37

5. ESTRATEGIAS PLAN DE GESTIÓN 38
5.1 ÁREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATEGICA 38
5.1.1 Mejoramiento Continuo de CalidadAplicable a Entidades No Acreditadas con

Autoevaluación en la Vigencia Anterior 38
5.1.2 Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud. 39
5.1.3 Gestión de Ejecución del Plan de desarrollo Institucional. 39

5.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40
5.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero 40
5.2.2 Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida 40
5.2.3 Proporción de Medicamentos y Material Médico - Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos de Compras Conjuntas; a través de Cooperativas o Mecanismos Electrónicos 41
5.2.4 Monto de la Deuda Superior a 30 Días Por Concepto de Salarios del Personal de Planta y por Concepto de Contratación de Servicios, y Variación del Monto Frente a la Vigencia Anterior 41
5.2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS) 42
5.2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo 42
5.2.7 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 y en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la Norma que lo Sustituya 43

5.3 ÁREA DE GESTIÓN CLINICA 43
5.3.1 Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación 43
Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación 44
5.3.2 Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos en la ESE 44
Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos en la ESE 44
5.3.3 Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de Crecimiento y Desarrollo y de HTA 45
Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de Crecimiento y Desarrollo y de HTA 45
5.3.4 Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 Horas 45
Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 Horas 45
5.3.5 Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Medicina General 46
Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Medicina General 46

6. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 46

7. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN 47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores de calidad 2018 - 2019 19

Tabla 2 Cumplimiento del cronograma de auditorias 2019 20

Tabla 3 Indicadores 1 y 2 direccionamiento 2019 21

Tabla 4 Cumplimiento de cronogrma de auditorias control interno 2019 21

Tabla 5 Clasificación de hallazgos 2019 22

Tabla 6 Nivel de Desempeño institucional 27

Tabla 7 Comparativo Balance 2018 - 2019 28

Tabla 8 Convenio interadministrativo 2018 30

Tabla 9 Comparativo producción 31

Tabla 10 Primeras causas de morbilidad en urgencias 2019 33

Tabla 11 Principales causas de morbilidad consulta externa medicina general 34

Tabla 12 Principales causas de egreso hospitalario 2019 35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita 23

Gráfico 2 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II 23

Gráfico 3 Proporcion de reingreso al servicio de urgencias antes de las 72 horas 24

Gráfico 4 Tasa de caidas en el servicio de hospitalización 24

Gráfico 5 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados antes de 15 dias 25

Gráfico 6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontología 25

Gráfico 7 Evaluación del plan de desarrollo "Camino hacia la Acreditación" 26

Gráfico 8 Evaluación plan de desarrollo "Camino Hacia la Acreditación" por estrategia 26

Gráfico 9 Excedente o deficit del ejercicio/Cierre de ingresos, gastos y costos 28

Gráfico 10 Pasivo total 29

Gráfico 11 Total cartera 29

Gráfico 12 Comparativo venta de servicios de salud 30

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Mapa de procesos..... 15

Ilustración 2 Organigrama de la institución..... 16

PRESENTACIÓN

Con la formulación del Plan de Gestión de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia se busca poner en marcha un proceso gerencial que permita hacer una óptima programación e inversión de los recursos financieros, técnicos y humanos con que cuenta la empresa. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo en cuanta tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad.

En la construcción del Plan de Gestión se realiza el diagnóstico inicial de la Empresa en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial, con lo cual se logra conocer la línea de base y así establecer los logros o compromisos y las actividades a desarrollar en el periodo de gerencia.

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, que se convierte en meta del Plan de Gestión, se procede a determinar las metas anuales a cumplir para las vigencias proyectadas según la normatividad vigente.

1. MARCO NORMATIVO

- Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones:

  - Artículo 2°: Resultados en salud: "Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo".

- Ley 1438 de 2.011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

  - Artículo 72. Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el Plan de Gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El Plan de Gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que se establezca en la presente ley.

  - Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

    - El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de Plan de Gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes

a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de Plan de Gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

- La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el Plan de Gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación.

- El gerente podrá presentar observaciones al Plan de Gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y ésta deberán resolverse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

- En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de Plan de Gestión durante el término aquí establecido, el Plan de Gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

- Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación del Plan de Gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

  - El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el primero (1°) de Abril de cada año con corte al treinta y uno (31) de Diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

  - La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

  - Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

- La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

- Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación si éste fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

- La no presentación del proyecto de Plan de Gestión o del informe de cumplimiento del mismo, dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

- Resolución 710 de 2012: Adopta las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

  - Artículo 3°. Estándares e indicadores de evaluación. Para la evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los Gerentes o Directores.

    Cuando uno de los indicadores del componente de la gestión clínica o asistencial no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida en el Anexo No. 3 se distribuirá equitativamente entre los demás indicadores que se encuentren

dentro de dicho componente.

- Artículo 4°. Responsables. Los miembros de la Junta Directiva y los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán responsables por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución. Su incumplimiento acarreará las sanciones previstas en las normas disciplinarias vigentes.

- Resolución 743 de 2013: Modifica la Resolución 710 de 2.012 y se dictan otras disposiciones (modifica los Anexos 2, 3 y 4 del Artículo 2º y el Artículo 3º de no son aplicables a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia), para efectos de la formulación y evaluación del Plan de Gestión Gerencial 2.012 - 2.016.

  - Artículo 2°. Modifíquese el artículo 3º de la Resolución 710 de 2.012, el cual queda así:

    "Artículo 3. Estándares e indicadores de evaluación. Para la evaluación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de la Empresas Sociales del Estado del orden territorial, se adoptan los estándares e indicadores en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, los cuales son obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión y resultados de los Gerentes o Directores.

    Cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para este indicador, definida en el Anexo No. 3, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de la ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE.

    Las Empresas Sociales del Estado sólo aplicarán los indicadores del área clínica o asistencial que les correspondan de acuerdo con su nivel de atención, definido en el acto administrativo de creación, independientemente de que tenga habilitados servicios de baja media y alta complejidad".

- Resolución 408 de 2018. Por medio de la cual se modifica la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el diagnóstico de la entidad en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.
- Establecer la línea de base de los indicadores estipulados para la evaluación del plan de gestión
- Determinar las actividades a realizar para cada área de gestión a evaluar en el plan
- Definir las metas a alcanzar en cada indicador de cada área de gestión.

3. DIAGNOSTICO INICIAL

3.1 GENERALIDADES

3.1.1 Plataforma Estratégica

3.1.1.1 Misión

Prestar integralmente los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las demás intervenciones contempladas en los beneficios tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad concordiana con base en nuestra capacidad resolutiva garantizando la calidad, eficiencia y efectividad para los usuarios.

3.1.1.2 Visión

La empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, como tal, propenderá por la atención integral en salud a la comunidad de su área de influencia haciendo énfasis en la población de bajos recursos económicos y más vulnerables a través de políticas articuladas a la normatividad vigente.

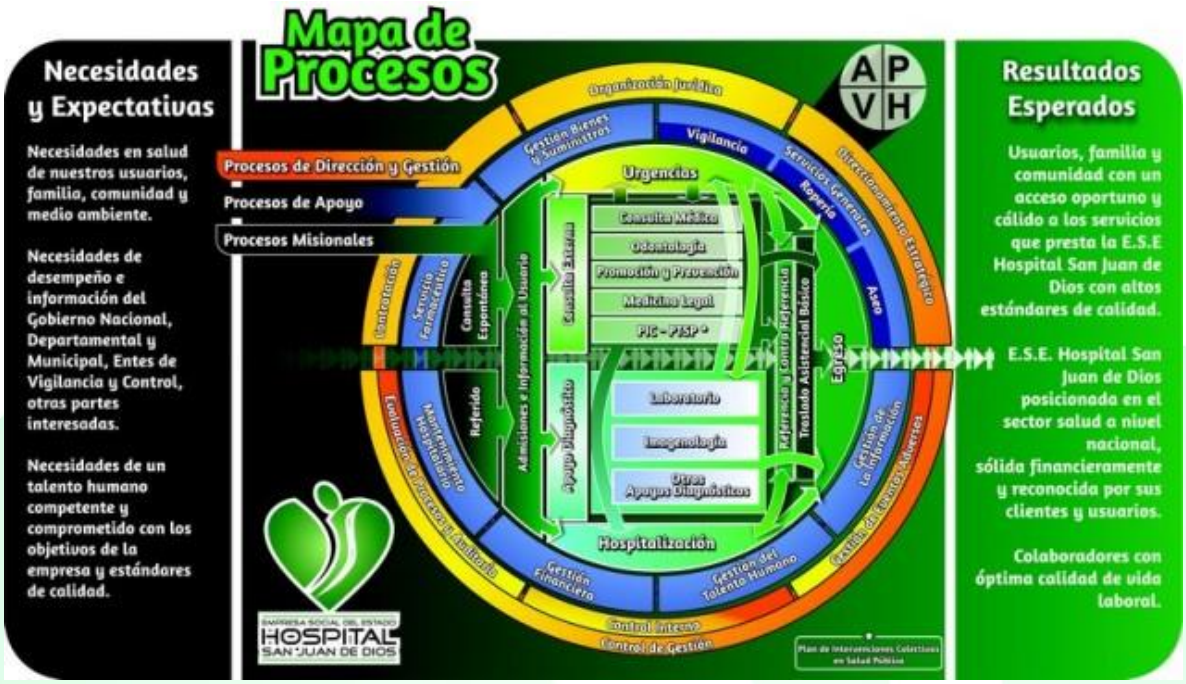
Procurará aumentar progresivamente la cobertura de sus servicios, garantizando la rentabilidad financiera y social de la Empresa Social del Estado

3.1.1.3 Objetivos de la institución

- Garantizar la prestación de servicios de salud integrales y de calidad a los usuarios
- Promover el fortalecimiento y desarrollo de la institución como prestador de servicios de salud
- Propender por el desarrollo del talento humano para alcanzar una prestación de servicios óptimos
- Garantizar la rentabilidad social y financiera de la entidad mediante un adecuado manejo gerencial.
- Armonizar el desarrollo y crecimiento de la empresa de acuerdo a las condiciones y necesidades del entorno.
- Promover la participación social en el municipio para el fortalecimiento y desarrollo de los objetivos institucionales

3.1.1.4 Mapa de procesos

Ilustración 1 Mapa de procesos

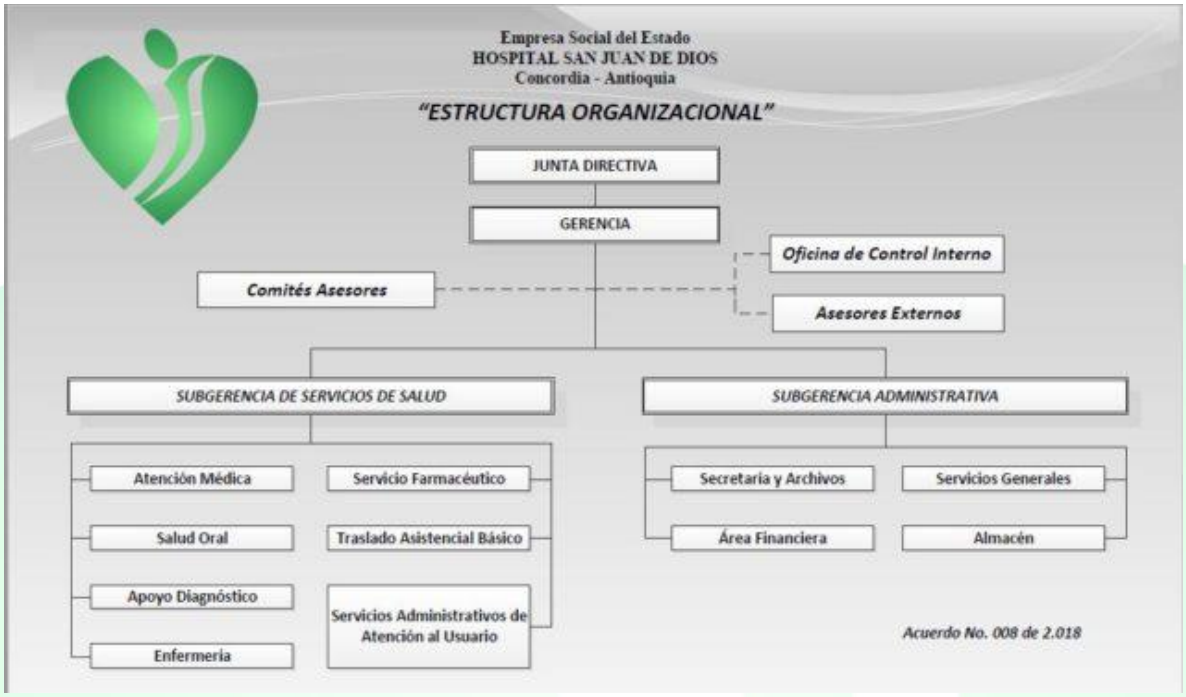


3.1.1.5 Políticas

- Mejoramiento permanente de la eficiencia en la empresa. Fomentar la cultura de la salud, incidiendo en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas y la comunidad en materia de salud.
- Promover la humanización en la prestación de los servicios, eficiencia en la gestión administrativa, mejoría de la calidad y la utilización de los servicios de salud.
- Promover y apoyar el desarrollo de las investigaciones que contribuyan a la solución de los problemas de salud.
- Desarrollar el recurso humano mediante capacitación continua y actualizaciones. Contribuir, dentro de las competencias propias, al bienestar y desarrollo de la comunidad del municipio.
- Fortalecer el proceso planificador, de tal forma que preveamos el futuro, con el propósito de adecuar nuestro desarrollo acorde a lo estipulado por la Ley y según las necesidades de nuestro entorno.

3.1.1.6 Estructura organizacional

Ilustración 2 Organigrama de la institución



3.1.1.7 Principios de la ESE

- Respeto a la dignidad humana. Propende por la consideración en la atención al usuario manifestando acatamiento y cortesía por los valores y derechos de cada una de las personas.
- Eficiencia. Utilización racional de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y financieros acordes a las necesidades de la población a atender.
- Eficacia. Desarrollar las metas propuestas a través de la adecuada administración de los recursos.
- Calidad: Calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud, que garanticen atención oportuna, humanizada e integral. Entendiendo la calidad como una constante corporativa y como prioridad institucional.
- Solidaridad: Cobertura con prestación de servicios de salud a las personas con limitaciones en el acceso a ellos.
- Participación: intervención de la población, afiliados y beneficiarios de la seguridad social, en la organización, control y fiscalización de la institución.

- Unidad: Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestación de servicios para alcanzar los fines de la seguridad social en salud.
- Valores Éticos: El comportamiento de los miembros de la institución debe basarse y ajustarse a los valores y principios éticos que inspiran la vida de la organización: honestidad, integridad y justicia.
- Productividad: Permanencia y crecimiento de la unidad de salud, logrando estándares de eficiencia y eficacia para alcanzar el éxito. Productividad que asegure su desarrollo y el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades con el personal, clientes, proveedores y estado.
- Competitividad: Conocimiento del mercado, altos estándares de calidad, detección y satisfacción oportuna de las necesidades y expectativas del cliente y un compromiso integral con la excelencia en el servicio.

3.1.1.8 Estrategia Corporativa

Dirigir la Empresa Social del Estado con prudencia y responsabilidad, optimizando la utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales, físicos y financieros aprovechando al máximo las oportunidades del entorno mitigando las amenazas para lograr un desarrollo sostenible de la institución de acuerdo a sus principios y valores filosóficos garantizando la prestación de los servicios de salud a la comunidad concordiana con criterios de calidad, para alcanzar la acreditación en salud.

3.1.1.9 Reseña Histórica

Desde el año de 1.812 empieza la colonización de lo que hoy es la región del Suroeste Antioqueño y muy particularmente de Concordia. Al pasar algunos años fue creciendo la población y se conformó una Junta integrada por Juan José Restrepo Uribe, José Antonio González, José María Restrepo Jaramillo, Javier Velásquez y Francisco Toro, quienes gestionaron ante la Cámara Provincial de Antioquia la posesión de estas tierras. Al nuevo caserío le colocaron el nombre de La Concordia en homenaje a la plaza de La Concordia en Francia.

Para el año de 1.860 por iniciativa de doña Romualda González de Restrepo, doña Paula Toro de González y don Rudesindo Quijano Restrepo, se gestó la idea de fundar un Hospital y, de hecho, hoy en día estos personajes son considerados fundadores de la entidad.

Durante los años 1.874 a 1.876 se compraron con el producto de limosnas algunos solares para la construcción de un hospital. La institución recién fundada funcionó sin ninguna organización, dando asilo a algunos enfermos que eran asistidos por personas caritativas, pero sin ninguna formación en salud.

El documento histórico más antiguo que existe es la escritura pública número 36 de 1.906 por medio de la cual Manuel Antonio Villegas y María Rosa Mesa dan en venta a las señoras María del Rosario y Paula Emilia Villegas una casa de habitación *"inmueble ubicado en la cabecera de este Municipio que linda: Por el frente con la Calle de Caldas, por un costado con un solar del hospital…"* lo que corrobora la versión de que efectivamente para esa época ya existía el hospital en el lugar donde funcionó hasta mediados del siglo pasado, local que hoy corresponde a la Escuela Cecilia Restrepo.

El 20 de diciembre de 1.938 las señoritas Elisa y Teresa González Toro vendieron mediante escritura pública número 404 al departamento de Antioquia y este lo adquiere para la Nación en la construcción del hospital de Caridad un lote de terreno denominado Manga del Hoyo donde hoy se encuentra construido el actual Hospital. Mediante la Resolución No. 127 del 21 de julio de 1.964, emanada de la Gobernación de Antioquia se le otorga personería jurídica al Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia.

Con la promulgación de la Ley 10 de 1.990 se empezó a adelantar en el país un proceso de descentralización en el sector salud que tan solo se ha podido ir consolidando en los primeros años del siglo XXI. Con la Constitución Política de la República de Colombia se consagra a la Salud como un Servicio Público y se establece la obligación del Estado de organizar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, oportunidad y eficiencia, para en 1.993 dar forma al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de dicho año.

Acogiéndose a los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1.993 el Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, se transformó en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 011 de agosto 13 de 1.994 emanado del Honorable Concejo Municipal. Como tal la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios es hoy una entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa cuyo objeto es la prestación de Servicios de Salud.

3.2 ÁREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

3.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Sistema Único de habilitación se encuentran documentados los procesos y procedimientos de la entidad con año de última actualización de 2019,

caracterizados y con puntos de control. La demás documentación del sistema es susceptible de revisión y actualización debido a los cambios normativos del sistema como la resolución 3100 de 2019, para la cual se debe efectuar un plan de cumplimiento con posterior seguimiento al mismo. De igual forma efectuar mediante auditorias la verificación del cumplimiento de cada uno de los estándares del sistema. Dentro del sistema se efectuó el seguimiento y análisis a los indicadores de calidad observándose un resultado óptimo en los mismos con cumplimiento de las metas planteadas, pero presentándose variación negativa para algunos de ellos con respecto al año 2018

Tabla 1Indicadores de calidad 2018 – 2019

NOMBRE DEL INDICADOR	Dic. 2018	Dic. 2019	Variacion
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	1,58	4,29	2,71
TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN POR CONSULTA MÉDICA	12,02	10,71	-1,31
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	34,35	36,46	2,11
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS (TRIAGE II)	20,10	26,70	6,60
REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	0,69	1,25	0,56

NOMBRE DEL INDICADOR	Dic. 2018	Dic. 2019	Variacion
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	1,05	1,32	0,27
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	1,51	2,25	0,74
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO	0,87	0,85	-0,02

NOMBRE DEL INDICADOR	Dic. 2018	Dic. 2019	Variacion
PROPORCIÓN DE INGRESOS OPORTUNOS AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	0,75	0,78	0,03
PROPORCIÓN DE INGRESOS OPORTUNOS AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	81,62	80	-1,62

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas[1]

PAMEC: El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se desarrolló en la institución, en donde se observa que se tiene todo lo relacionado con el diseño en un 100%, con elaboración y cumplimiento del cronograma de auditorías del 88%.

Tabla 2 Cumplimiento del cronograma de auditorías 2019

AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD PROGRAMADAS – 2.019														Nro. Total de Auditorias Programadas	Nr. Total de Auditorías Realizadas
Proceso, Servicio, Área		MESES													
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
1	Consulta Medica		X					X						2	2
2	Urgencias		X					X						2	2
3	Hospitalización		X					X						2	2
4	Consulta Odontológica		X								X			2	2
5	Laboratorio					X								1	1
6	RX			X										1	1
7	TAB						X							1	1
8	TAB				X									1	0
9	Farmacia					X								1	1
10	Vacunación					X								1	1
11	Sistema de Información	X							X					2	2
12	Programas de P y P						X							1	1
TOTAL AUDITORIAS PROGRAMADAS MENSUALES		1	4	1	1	3	2	3	1	0	1	0	0	17	16
TOTAL AUDITORIAS EJECUTADAS MENSUALES		1	4	1	0	3	2	3	1	0	1	0	0		16
PORCETAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN		88.00%													

Fuente Informe de Evaluación de la Gestión por Dependencias 2020 Control Interno

[1] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/wp-content/uploads/2020/02/8.-Presentacion-CALIDAD-Año-2019-No-4.pdf

La efectividad del programa sólo fue del 54%, por tanto, no se dio cumplimiento a la totalidad de acciones planeadas lo que no permite un cierre de las brechas de calidad.

Tabla 3 Indicadores 1 y 2 direccionamiento 2019

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	3,04 puntos
Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	54,00%

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [2]

Sistema Único de Acreditación: Se desarrolló la autoevaluación de los estándares para cada uno de las vigencias observándose que para el año 2018 la calificación fue de 2,78 y para el año 2019 de 3,04 según informe de rendición de cuentas de las respectivas vigencias[3]. La calificación de los estándares de acreditación con un resultado para el año 2019 debe ser revisada y nuevamente considerada debido a que un cumplimiento del 54% en la efectividad de las auditorias, no es coherente una autoevaluación de 3,04 a sabiendas que una institución con un 3,0 ya se encuentra acreditada y el resultado del PAMEC de cuentas de que no se ha alcanzado un buen nivel en el cierre de brechas entre el estándar de acreditación y la oportunidad de mejora. Se revisan además los resultados de las auditorias de control interno cuyo cumplimiento fue del 77% y los hallazgos solo cerraron ciclo en un 53,60%

Tabla 4 Cumplimiento de cronograma de auditorías control interno 2019

[2] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/
[3] http://hospitaldeconcordia.gov.co/wp-content/uploads/2019/03/Informe-de-gerencia-HS-2018-No-2.pdf

NOMBRE DEL PROCESO Y/O ACTIVIDAD A AUDITAR	MESES DEL AÑO												Nro. Total de Auditorías Programadas	Nro. Total de Auditorías Realizadas
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
AUDITORÍA POR PROCESOS														
Contratación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	12
Direccionamiento Estratégico	x			x			x			x			4	4
Organización Jurídica											x		1	0
Gestión de Bienes y Suministros			x			x		x				x	4	2
Gestión del Talento Humano			x		x				x		x		4	3
Gestión Financiera	x			x			x			x			4	4
Gestión de Información						x						x	2	2
Servicio Farmacéutico		x		x		x		x				x	5	3
Mantenimiento Hospitalario				x					x		x		3	1
Servicios Generales						x					x		2	0
Plan de Gestión de Residuos PGIRS			x						x				2	1
SG-SST	x			x		x		x				x	5	4
Arqueos Caja Menor		x			x			x			x		4	2
Planes Estratégicos	x			x			x			x			4	3
Control de Gestión Plan de mejoramiento		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	11
TOTAL DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS POR MES	5	4	5	8	4	7	5	6	5	5	7	6	67	52
TOTAL DE AUDITORÍAS EJECUTADAS POR MES	4	3	2	7	3	5	5	3	4	5	5	6	52	52
EL TOTAL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIAS EN 2.019														77,61%

Fuente Informe de Evaluación de la Gestión por Dependencias 2020 Control Interno

Tabla 5 Clasificación de hallazgos 2019

Cumplimiento	Total Hallazgos	% de Hallazgos
Se cumplieron	52	53.60%
No se cumplieron	37	38.14%
No se ha vencido el plazo	8	8.26%
TOTALES	97	100.00%

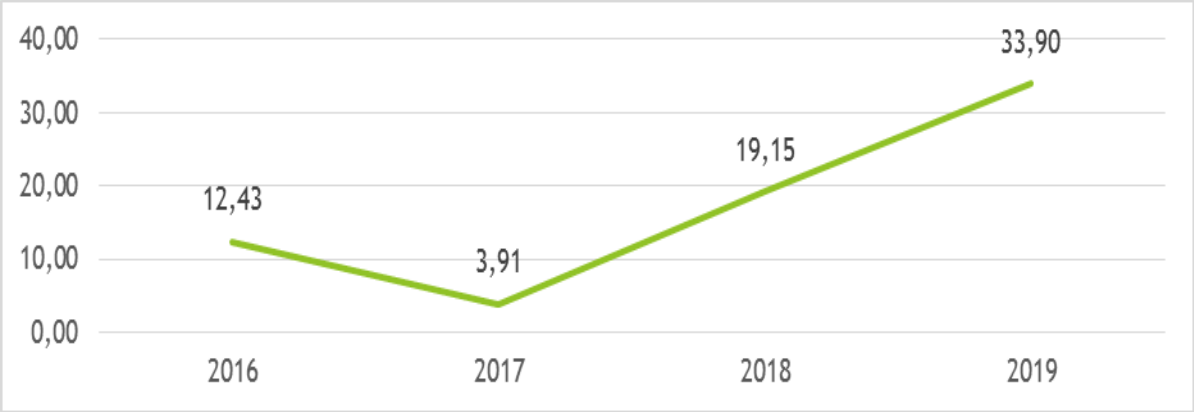
Fuente Informe de Evaluación de la Gestión por Dependencias 2020 Control Interno

Sistema Información para la calidad: Se realizó rendición de la información tanto a la Supersalud como al SIHO de forma oportuna y se encuentra que estos se encuentran dentro de las metas estipuladas, pero con variaciones negativas en algunos de ellos con respecto a la vigencia inmediatamente anterior.

Gráfico 1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica

Fuente SIHO[4]

Gráfico 2 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II

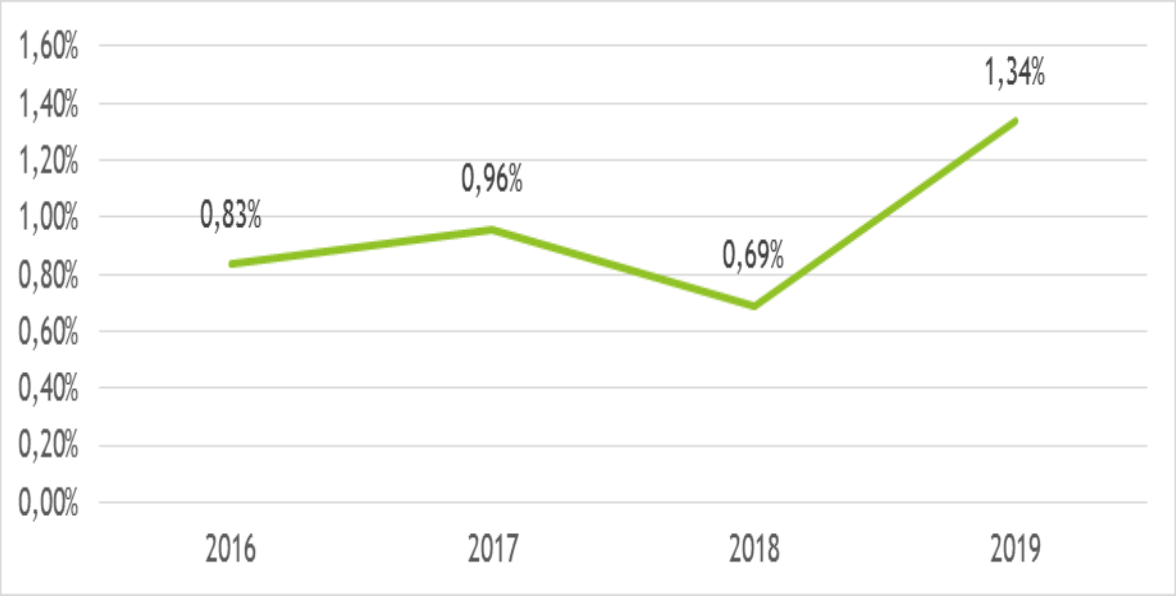


Fuente SIHO[5]

[4] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

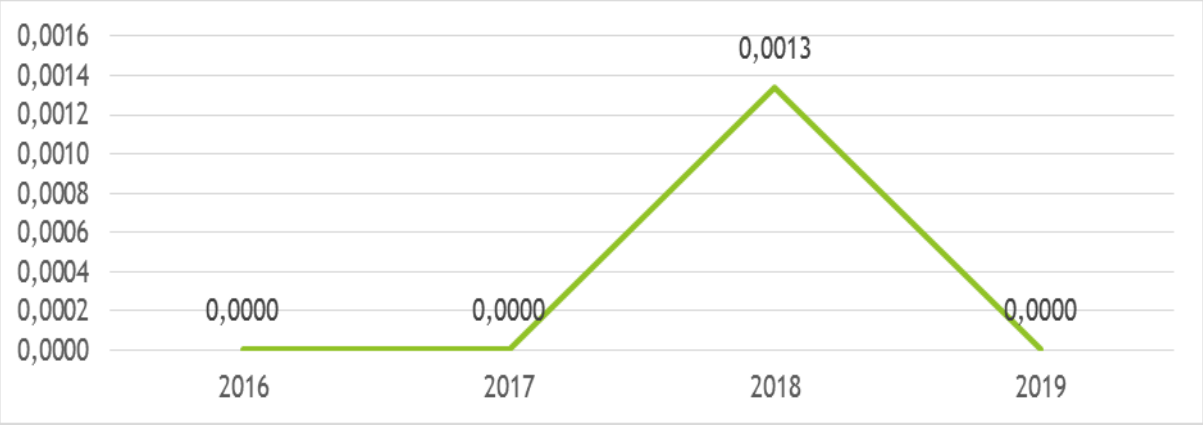
[5] Ídem

Gráfico 3 Proporción de reingreso al servicio de urgencias antes de las 72 horas



Fuente SIHO[6]

Gráfico 4 Tasa de caídas en el servicio de hospitalización

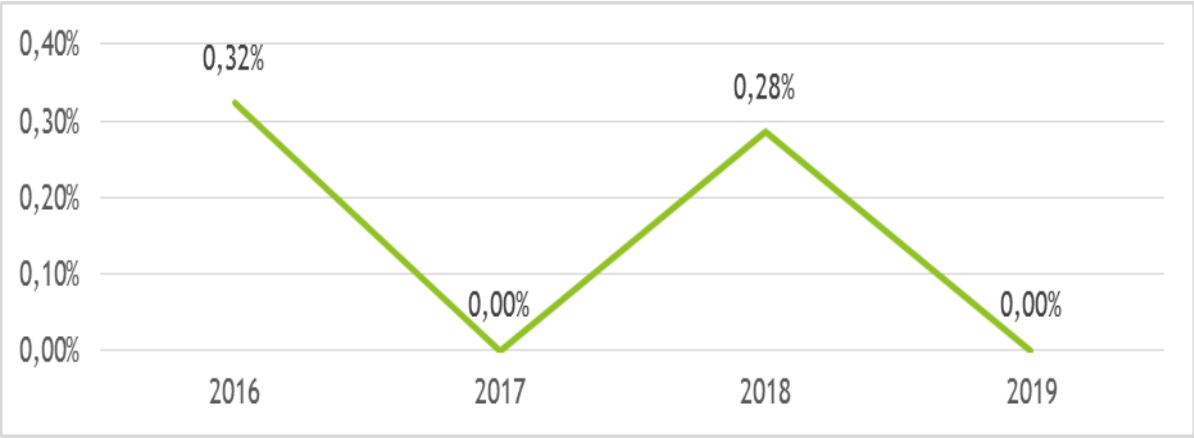


Fuente SIHO[7]

[6] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

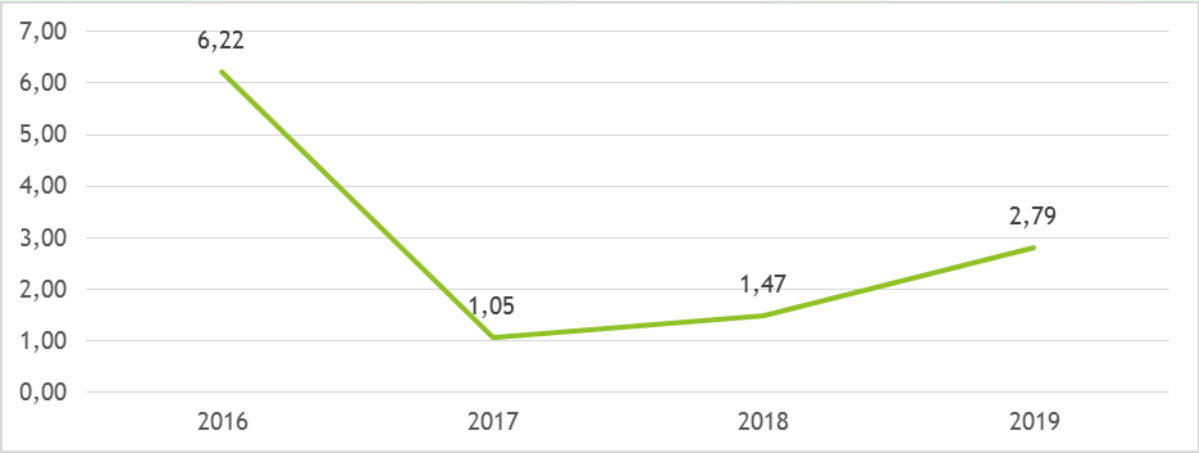
[7] Ídem

Gráfico 5 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados antes de 15 días



Fuente SIHO[8]

Gráfico 6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontología



Fuente SIHO[9]

3.2.2 Plan de Desarrollo

Frente al direccionamiento estratégico, la entidad para la vigencia anterior presentó el resultado del Plan de Desarrollo "Camino a la Acreditación en Salud".

[8] Ídem

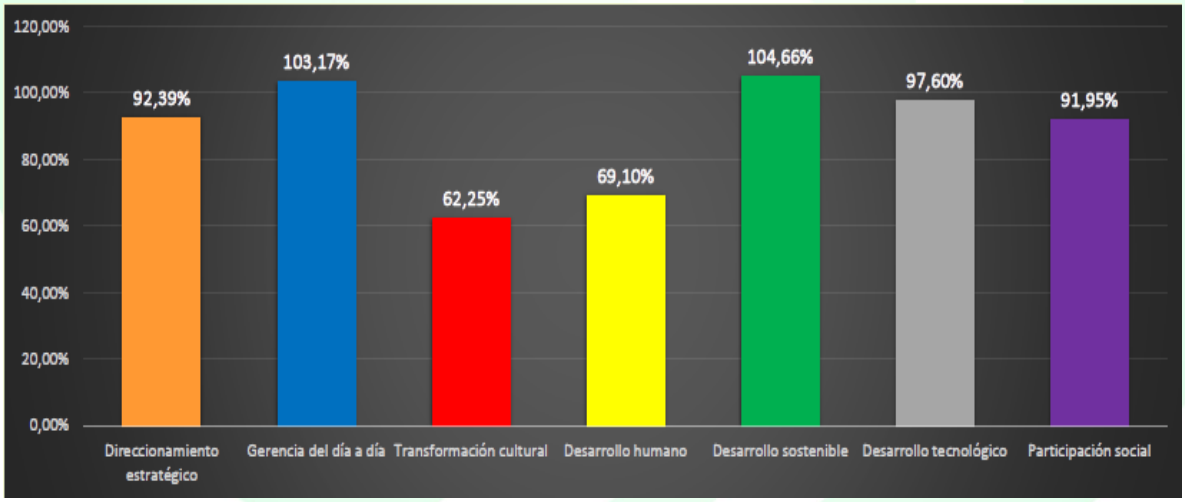
[9] Página web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/

y planes operativos anuales mediante tablero de indicadores donde se consolidó un resultado positivo de la gestión adelantada.

Gráfico 7 Evaluación del Plan de Desarrollo "Camino hacia la Acreditación"

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [10]

Gráfico 8 Evaluación Plan de Desarrollo "Camino Hacia la Acreditación" por estrategia



Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [11]

[10] Ídem

[11] Página web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/

Frente a la implementación de Modelo Integral de Planeación y Gestión como herramienta de la planeación se encuentra un desarrollo del 76, 8 según resultados de evaluación del FURAG a 21 de mayo de 2019, para 2020 aun el DAFP no tiene consolidación de la información.

El componente más bajo es la implementación del gobierno digital, estrategia que debe ser contemplada en el próximo plan de desarrollo.

Tabla 6 Nivel de Desempeño institucional

Dimensión	Puntaje
Gestión Estratégica del Talento Humano	69,3
Integridad	71,3
Planeación Institucional	76,5
Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	75,6
Gobierno Digital	54,8
Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	66,2
Servicio al ciudadano	74,4
Participación Ciudadana en la Gestión Pública	68,5
Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	76,8

Fuente FURAG

Para el siguiente cuatrienio se proyecta la realización del Plan de Desarrollo de la entidad con enfoque en las siguientes perspectivas: Financiera, Usuario Externo, Procesos Internos y Aprendizaje e Innovación. Teniendo como eje central la calidad, la humanización y la Seguridad de los Servicios. De igual forma se consolidará un cuadro de mando integral con el fin de realizar un monitoreo oportuno de cada uno de los indicadores de tal forma que permita la toma oportuna decisiones. Así mismo reviste importancia el hacer seguimiento y oportuno análisis a todos los indicadores e información que es solicitada por los diferentes entes de control.

3.3 ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

3.3.1 Financiera

En la gestión financiera se encuentran los siguientes resultados para el año 2019:

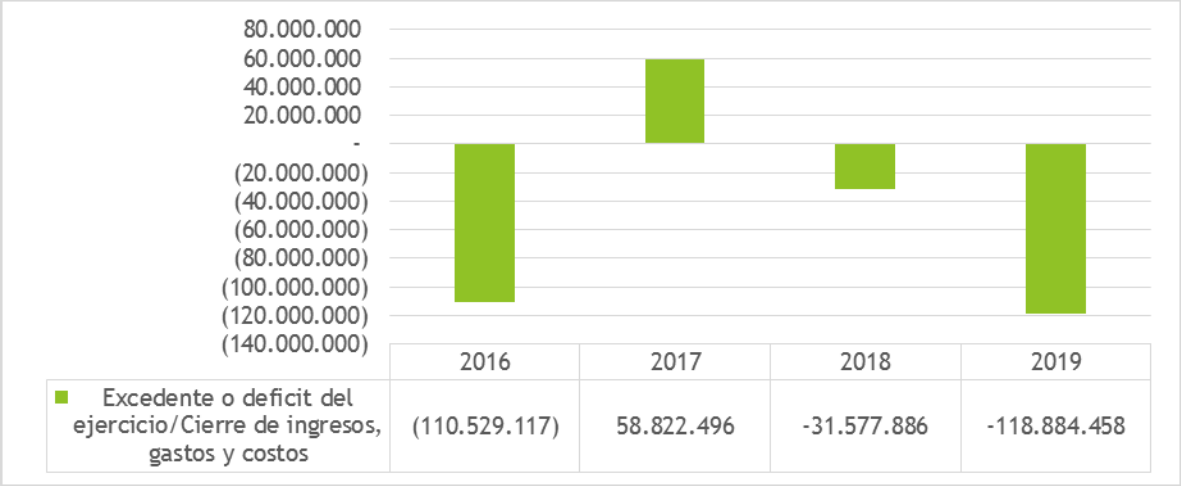
Tabla 7 Comparativo Balance 2018 - 2019

CONCEPTO	2018 (1 enero a 31 diciembre)	2019 (1 enero a 31 diciembre)
ACTIVO TOTAL:	4.850.698.071	5.037.137.040
Corriente:	1.508.702.753	1.459.773.019
No Corriente:	3.341.995.318	3.577.364.021
PASIVO TOTAL:	1.655.428.379	1.960.751.806
Corriente:	1.610.614.518	1.926.789.500
No Corriente:	44.813.861	33.962.306
PATRIMONIO:	3.195.269.692	3.076.385.234

Fuente SIHO[12]

Frente al estado de actividad se presenta al cierre de la vigencia un comparativo de ingresos, gastos y costos que evidencian un déficit de $118.884.458 que se ve aumentado con respecto al año 2018 en $-87.306.572 como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 9 Excedente o déficit del ejercicio/Cierre de ingresos, gastos y costos



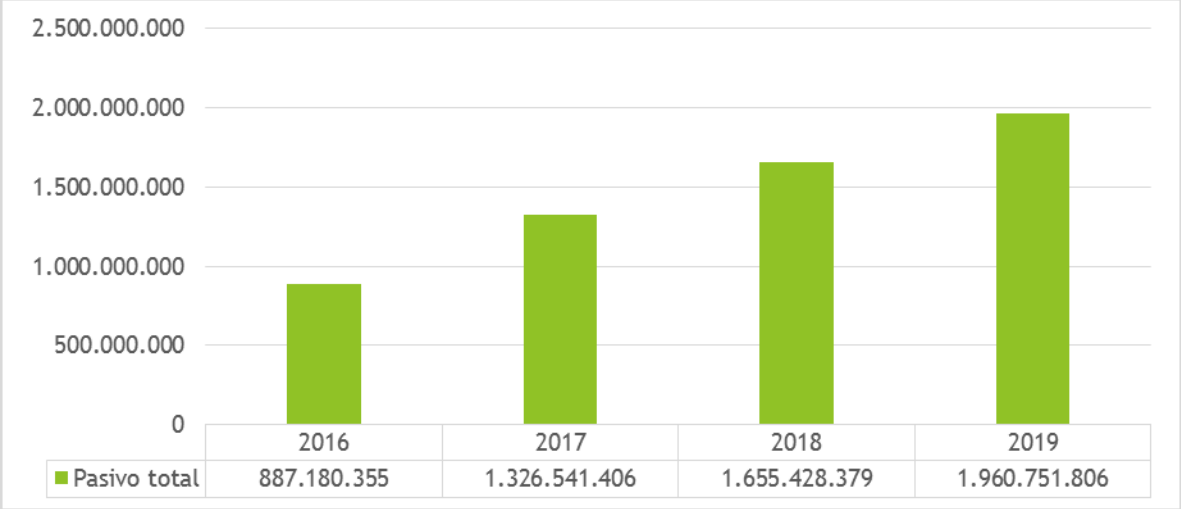
Fuente SIHO[13]

Frente a los pasivos se ve un aumento de $ 305.323.427 representado en pasivo menor a 360 días

[12] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

[13] Ídem

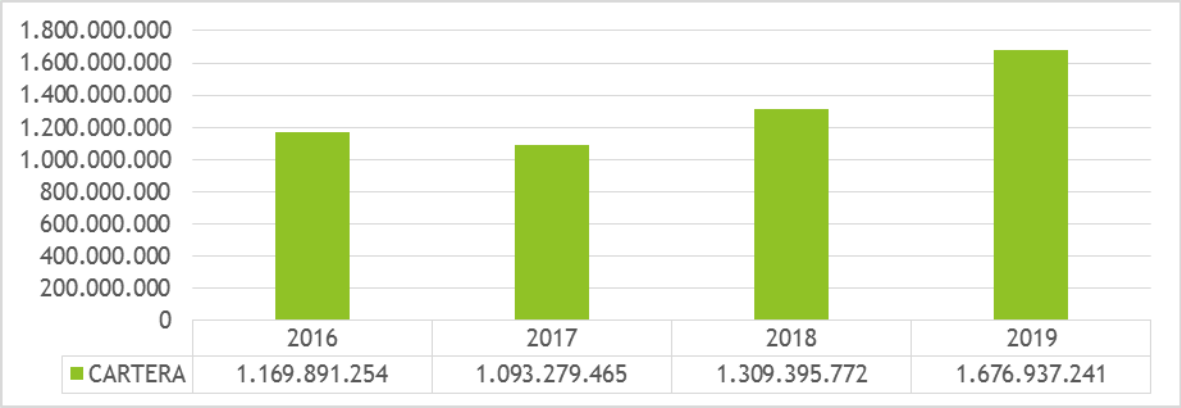
Gráfico 10 Pasivo total



Fuente SIHO[14]

La cartera desde el año 2017 presenta una tendencia al alza aumentándose para el año 2019 en $ 367.541.469 con respecto al año inmediatamente anterior y representada en su gran mayoría por la cartera del régimen subsidiado que aumento en 240.935.969 frente al año 2018

Gráfico 11 Total cartera



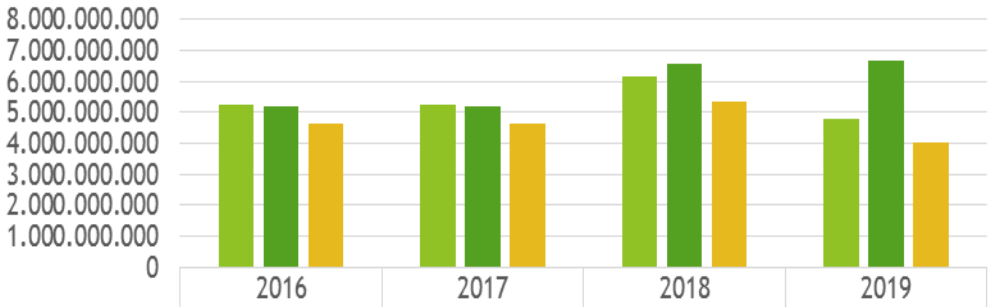
Fuente SIHO[15]

[14] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

[15] Ídem

La contratación de los servicios de salud presenta una disminución significativa del año 2019 comparada con el año 2018 de $1.402.695.638 esta estuvo representada por otras ventas de servicios de salud que mientras que para el año 2018 fue de $1.907.127.197 de los cuales se facturaron $ 1.718.261.676 y se recaudaron $1.773.385.256, el año 2019 se contrataron $307.534.614, se facturaron $315.272.385 y se recaudaron $238.646.462; lo anterior dado por convenios interadministrativos celebrados durante el año 2018 por valor de $1.518.780 .446

Gráfico 12 Comparativo venta de servicios de salud



	2016	2017	2018	2019
Contratado	5.273.480.533	5.273.480.533	6.190.297.264	4.787.601.626
Facturado	5.193.729.257	5.193.729.257	6.548.521.123	6.682.016.888
Recaudo Vigencia Actual	4.650.441.314	4.650.441.314	5.356.469.566	4.023.067.017

Fuente SIHO[16]

Tabla 8 Convenio interadministrativo 2018

Nro. Convenio	Valor $	Objetivo del Convenio
4600009248	$ 1.321.780.446,00	Realizar acciones conjuntas para brindar atención integral a la primera infancia bajo la modalidad familiar en el municipio de Concordia.
CI - 003 - 2019	$ 111.000.000,00	Contratar el desarrollo del Plan Territorial de salud que permita la ejecución de actividades, programas y proyectos contemplados en las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública en lo relacionado con el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC
CI - 010 - 2019	$ 106.000.000,00	Ejecutar las acciones en salud pública en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de Concordia, de acuerdo a los lineamientos para la ejecución de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el departamento de Antioquia, definidos en el documento "Lineamientos APS 2018 – 2019"

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [17]

[16] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

[17] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/

3.3.2 Producción

La producción se ve una tendencia a la baja en el 52% de los servicios analizados, es importante revisar la captación de los datos y el proceso de facturación de los servicios ya que llama la atención en servicios como pacientes en observación que presente en un comportamiento tan inusual como lo muestra la tabla. En la tabla siguiente se muestra en verde los servicios que aumentaron su producción con respecto al año inmediatamente anterior y en rojo aquellos que no lo hicieron.

Tabla 9 Comparativo producción

VARIABLES D2193 (1 enero a 31 diciembre)	2017	2018	2019
Dosis de biológicos aplicadas	4.763	5.066	3.143
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.499	2.790	3.042
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	3.664	4.315	4.709
Citologías cervicovaginales tomadas	1.525	1.699	1.234
Consultas de medicina general electivas realizadas	16.276	17.926	24.320
Consultas de medicina general urgentes realizadas	6.779	9.716	8.603
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferente a médico, enfermero u odontólogo	718	493	495
Total, de consultas de odontología realizadas (valoración)	2.026	2.112	2.365
Número de sesiones de odontología realizadas	2.026	2.112	2.365
Total, de tratamientos terminados	810	957	782
Sellantes aplicados	3.993	3.130	3.705
Partos vaginales	88	93	25
Total, de egresos	299	352	285
Egresos obstétricos	88	94	25
Egresos no quirúrgicos	211	258	260
Pacientes en Observación	76	101	1.115
Exámenes de laboratorio	28.168	29.820	32.773
Numero de Imágenes diagnosticas tomadas	1.985	2.349	1.958
Numero de sesiones de terapias respiratorias realizadas	1.661	510	419

Fuente SIHO[18]

3.3.3 Sistema de Información

El envío de la información a los diferentes entes de control se dio dentro de los

[18] SIHO http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/

términos establecidos por ley.

Frente al plan de gestión documental se realizó evaluación del mismo encontrando un cumplimiento 49,3%, es decir de las 77 actividades planteadas se ejecutaron en un 100% 38 de ellas la elaboración y ejecución de las tablas de retención documental[19].

Se publicó el Plan Institucional de Archivos PINAR frente a las actividades planteadas se dio un cumplimiento del 8,3 % es decir de 12 actividades programadas se dio cumplimiento a 1 en un 100% el resto de actividades se encuentran en etapa de desarrollo[20]

El plan estratégico de tecnología de la información se publicó en la página web de la empresa, así como la evaluación del mismo, donde se adelantaron acciones tendientes al mejoramiento de la capacitación de los funcionarios en tecnologías de la comunicación y al acercamiento a los usuarios externos. Así mismo se proyectó la actualización del software institucional XENCO, la cual fue llevada a cabo en un 75%, así como la capacitación en módulos del software como tesorería, presupuesto y cartera. En términos generales el PETI cuenta con 6 políticas y 25 actividades de las cuales 11 se cumplieron en un 100% para un porcentaje de ejecución del 44%[21]

Se realizaron las rendiciones de cuentas a la comunidad según lo programado y se efectuó informes de análisis de RIPS a la Junta Directiva de la ESE acorde con la normatividad vigente.

3.4 ÁREA ASISTENCIAL

La institución presenta un portafolio de servicios básicamente del primer nivel de complejidad con algunos del nivel medio, con servicios habilitados hasta el 2021 entre los que se encuentran:

- Consulta médica general, optometría, nutrición y dietética, fisioterapia y rehabilitación.
- Programa de promoción y prevención: Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, Detección temprana de las alteraciones del desarrollo de jóvenes entre los 10 y 29 años, Detección temprana del cáncer de cuello uterino, Vacunación, Atención en planificación familiar
- Odontología general
- Odontología especializada: ortodoncia y periodoncia

[19] http://hospitaldeconcordia.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/Evaluacion-PINAR-4o-trim-2019.pdf
[20] http://hospitaldeconcordia.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/Evaluacion-PINAR-4o-trim-2019.pdf
[21] http://hospitaldeconcordia.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/Evaluacion-PETI-4o-trim-2019.pdf

- Urgencias
- Traslado Asistencial Básico
- Rayos X medico
- Ultrasonografía
- Laboratorio clínico
- Hospitalización
- Atención del parto
- Servicio farmacéutico

La institución dentro de su perfil morbilidad presenta éstas como sus primeras causas

Urgencias: Hubo un total de 2261 consultas por el servicio de urgencias en el periodo enero a diciembre de 2019, de los cuales 1394 personas fueron hombres y 867 fueron mujeres consultantes. De estas personas que consultaron 939 personas residían en el área urbana y 1322 en el área rural. En análisis de las principales causas de consulta en el servicio, se observa que la mayor proporción de consultas se hicieron por cefalea y migraña con una proporción de 15% de las consultas (328 personas), observando que las mujeres entre 25-44 años son las que más consultan por esta causa (98 personas). Seguido de dolor localizado en la parte inferior del abdomen (14%, 320 personas). Dentro de las últimas causas de consulta están la infección de vías urinarias, falso trabajo de parto, contusión de la rodilla, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, rinofaringitis y dolor no especificado.

Tabla 10 Primeras causas de morbilidad en urgencias 2019

Nombre Diagnóstico	Total
Cefalea, Migraña	328
Dolor Localizado En Parte Inferior Del Abdomen	320
Dolor Abdominal	255
Heridas	182
Dolor En El Pecho	168
Diarrea Y Gastroenteritis	117
Mareo Y Desvanecimiento	115
Fiebre, No Especificada	101
Gastritis, No Especificada	96
Lumbago No Especificado	89

Fuente Informe subgerencia de atención al usuario

Consulta Externa general: Hubo un total de 5268 consultas en la Consulta Médica General en el periodo enero a diciembre de 2019, de los cuales 3144 personas

fueron hombres y 2124 fueron mujeres consultantes, 1888 de las personas que consultaron y residían en el área urbana y 3380 en el área rural. En análisis de las causas de consulta se observa que la mayor proporción de consultas se hicieron por dolor con una proporción de 15% de las consultas (791 personas), observando que las mujeres entre 45-59 años son las que más consultan por esta causa (123 personas). Seguido de hipertensión esencial (10%, 535 personas), mareo y desvanecimiento (8%, 424 personas). La causa de consulta menos frecuente fue por alergias no especificadas con un peso porcentual del 2% correspondiente a 123 personas consultantes por esta causa

Tabla 11 Principales causas de morbilidad consulta externa medicina general

Nombre Diagnóstico	Total	%
Dolor No Especificado	791	15%
Hipertensión Esencial	535	10%
Mareo Y Desvanecimiento	424	8%
Rinofaringitis Aguda	421	8%
Lumbago No Especificada	397	8%
Infección De Vías Urinarias	370	7%
Cefalea	361	7%
Dolor En Articulaciones	346	7%
Dolor Abdominal Localizado	320	6%
Gastritis, No Especificada	279	5%
Diarrea Y Gastroenteritis	217	4%
Amigdalitis Aguda	189	4%
Tos	184	3%
Migraña, No Especificada	177	3%
Examen Médico General	134	3%
Alergia No Especificada	123	2%
Total	5268	100%

Fuente Informe subgerencia de atención al usuario

Hospitalización: Hubo un total de 249 egresos hospitalarios en el periodo enero a diciembre de 2019, de los cuales 130 residían en el área rural y 103 residían en el área urbana. Con un promedio de 3.4 días de estancia hospitalaria, utilizando un total de 885 días en el servicio de hospitalización. El 16% de los egresos hospitalarios fueron por infección de vías urinarias (41 personas), con una estancia hospitalaria promedio de 4 días; 12% de los egresos tuvieron diagnóstico de EPOC, con una estancia hospitalaria de 5.3 días en promedio. Seguido por la atención del parto con porcentaje del 10% de las causas de egreso (25 partos). El diagnóstico de egreso que mayor número de días de estancia fue absceso cutáneo con 5.7 días de estancia, seguida de EPOC (5.3 días), celulitis (5.2 días).

Dentro de las 20 principales causas, la causa menos frecuente fue el asma (1%, 2 personas).

Tabla 12 Principales causas de egreso hospitalario 2019

Diagnóstico	Total	Proporción	Días estancia	Promedio estancia
Infección de vías urinarias	41	16%	162	4,0
Enfermedad pulmonar	29	12%	154	5,3
Parto único espontaneo	25	10%	40	1,6
Neumonía	16	6%	20	1,3
Insuficiencia cardiaca	13	5%	64	4,9
Celulitis de sitio no especificado	10	4%	52	5,2
Ictericia neonatal,	8	3%	24	3,0
Infección local	8	3%	35	4,4
Episodio depresivo	7	3%	21	3,0
Falso trabajo de parto	6	2%	10	1,7
Bronquiolitis aguda,	4	2%	16	4,0
Tumor maligno	4	2%	5	1,3
Ulcera del miembro inferior	3	1%	13	4,3
Colecistitis, no especificada	3	1%	10	3,3
Esquizofrenia, no especificada	3	1%	9	3,0
Absceso cutáneo	3	1%	17	5,7
Dolor	3	1%	4	1,3
Retención de orina	2	1%	7	3,5
Dolor en el pecho	2	1%	2	1,0
Asma, no especificada	2	1%	10	5,0
Otras causas	57	23%	210	3,7
Total	249	100%	885	3,4

Fuente Informe subgerencia de atención al usuario

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia), tiene implementados los siguientes programas de detección temprana consistentes en la atención periódica y sistemática, que se le realiza en cada grupo de edad definido, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de ésta en caso de que se presente, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la mortalidad evitable.

- Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años.

- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo de jóvenes entre los 10 y 29 años.
- Detección temprana de alteraciones del embarazo: Conjunto de actividades procedimientos e intervenciones tendientes a identificar e intervenir tempranamente, en la mujer gestante y en su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.
- Detección temprana de alteraciones del adulto mayor de 45 años.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino: Programa dirigido a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa. Se realiza como actividad de tamizaje para la detección precoz de esta patología la citología cérvico – vaginal uterina oncológica.
- Detección temprana de cáncer de seno: Instrucción para la detección temprana de cualquier irregularidad de la glándula mamaria mediante el autoexamen periódico.
- Detección temprana de cáncer de próstata: Mediante la evaluación médica periódica, la ultrasonografía y la titulación por laboratorio clínico del Antígeno Específico de Próstata (SPA).
- Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual.
- Adicionalmente se tienen implementados los siguientes programas de protección específica de la salud:
- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Estrategia diseñada para erradicación y control de las enfermedades Inmunoprevenibles, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población infantil, adolescente y joven.
- Atención preventiva en salud bucal: Actividades encaminadas a disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población.
- Atención integral del parto y del recién nacido: Actividades e intervenciones encaminadas a mantener la salud materno – fetal y a reducir la morbimortalidad materno perinatal.
- Atención en planificación familiar para hombres y mujeres: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación y consejería en anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre su nacimiento.
- Programa de control del riesgo cardiovascular: Dirigido a la detección temprana y control de patologías que afectan directa, severa e

irreversiblemente el sistema cardiovascular como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus en cualquiera de sus presentaciones, las dislipidemias y la obesidad.

La institución realizó seguimiento a los indicadores de gestión por cada una de los servicios de la institución, en donde se alcanzaron las metas planteadas para indicadores como incidencia de sífilis congénita cuyo resultado fue o para la vigencia 2019, evaluación de la aplicación de la guía de HTA 89,55%, proporción de reingreso a urgencias antes de las 72 horas 1,39%; no se alcanzó la meta proyectada frente a la proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 77% y para el tiempo promedio de espera para la asignación de la cita médica general 3,95 días. Indicadores frente a los cuales se deben desarrollar nuevas estrategias para alcanzar las metas esperadas[22].

4. LÍNEA DE BASE

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	3,04 puntos
Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	54,00%
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	91,76%
Riesgo fiscal y financiero	Sin riesgo
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida	91,00%
Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c) Compras a través de mecanismos electrónicos	76,78%
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	$ 64,70 millones

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [23]

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	5 informes
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	89,22%
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	Cumplió dentro del término previsto
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2.016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplió dentro del término previsto
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	77,22%
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva	89,55%

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [24]

[22] Resultado plan de gestión gerencial.
[23] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/
[24] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	0,97%
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	1,39%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	3,95 días

Fuente Audiencia pública rendición de cuentas [25]

5. ESTRATEGIAS PLAN DE GESTIÓN

5.1 ÁREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

5.1.1 Mejoramiento Continuo de Calidad Aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia Anterior

Mejorar los procesos de atención centrados en el usuario con el objetivo de garantizar la calidad en el servicio, implementando las acciones de mejoramiento que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos

INDICADOR
Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en Desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la ESE en los términos del Art. 2 de la Res 2181 de 2008 o norma que la sustituya
ACTIVIDADES
▪ **Fortalecer los equipos de acreditación, acorde con estándares según la normatividad vigente aplicables a la ESE** ▪ **Capacitar a los funcionarios de los equipos de autoevaluación en la metodología dispuesta** ▪ **Establecer y registrar las fortalezas y oportunidades de mejora para cada uno de los estándares acorde al manual de acreditación en Salud** ▪ **Realizar la calificación cuantitativa de los estándares acorde al nivel de desarrollo del a enfoque, implementación y resultado** ▪ **Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen** ▪ **Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados.** ▪ **Efectuar planes de mejoramiento seguimiento y retroalimentación de resultados** ▪ **Enfocar a la institución hacia temas de humanización y seguridad del paciente**
METAS

[25] Pagina web institucional http://hospitaldeconcordia.gov.co/rendicion-de-cuentas-de-la-vigencia-2-019/

2021	2022	2023
1,2	1,2	1,2

5.1.2 Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

Identificar permanentemente los aspectos de los procesos que resulten susceptibles de mejoramiento con el fin de establecer los ajustes necesarios y superara las expectativas de los usuarios

INDICADOR		
Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la Atención en Salud		
ACTIVIDADES		
▪ **Establecimiento del programa de auditorías (alcance, objetivos, recursos, procedimientos, etc.)** ▪ **Implementar el programa (Competencia de auditores, actividades de auditoria** ▪ **Resultados acordes al programa, suficiencia de recursos, satisfacción del auditado. Acciones correctivas y preventivas al programa o al proceso de auditorias** ▪ **Mejora del programa, informe a la gerencia, re- asignación de recursos, cambio a los objetivos del programa. Re- entrenamiento de auditores, etc.**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
0,9	**0,9**	**0,9**

5.1.3 Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

En el plan se expresan los objetivos, metas, políticas, programas, subprogramas y proyectos de desarrollo para la vigencia

INDICADOR
Gestión de Cumplimiento del plan de Desarrollo institucional
ACTIVIDADES
▪ **Presentación de plan de desarrollo a Junta Directiva para su evaluación y aprobación** ▪ **Enfoque del plan hacia metas** • **Financieras sostenibilidad de la institución y mejoramiento de procesos de esta área** • **Desarrollo de espacios de participación ciudadana rendición de cuentas, alianza de usuarios, comité de ética, educación en promoción y prevención**

• **Cumplimiento de procesos internos asistenciales con enfoque en la seguridad, humanización, calidad;** • **Fortalecimiento de sistemas de información y comunicación** • **Satisfacción del usuario interno** ▪ **Evaluación y retroalimentación a Junta Directiva con planes de mejoramiento en caso de ser necesario**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
0,9	**0,9**	**0,9**

5.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

5.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero

Garantizar la utilización eficiente de los recursos que permitan el sostenimiento y funcionamiento de la entidad

INDICADOR		
Categorización del Ministerio del Riesgo fiscal y financiero de la ESE		
ACTIVIDADES		
• **Reportar en los tiempos establecidos la información del decreto 2193 al Ministerio de Protección Social.** • **Hacer seguimiento a la cartera de la entidad y establecer acciones oportunas para su recuperación como circularización, cobros pre y jurídicos** • **Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.** • **Realizar revisiones trimestrales de la ejecución presupuestal por parte del equipo directivo, para establecer controles y medidas de ser necesario.** • **Seguimiento a la producción.** • **Seguimiento a la política de austeridad y racionalización del gasto**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
Sin riesgo, riesgo bajo o en caso de ser clasificada para 2019 en riesgo que se tenga la adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero		

5.2.2 Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida

Fortalecer el control de costos y gastos de la institución, así como la contratación con las diferentes EAPB

INDICADOR		
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida		
ACTIVIDADES		
• **Implementación y seguimiento de la Política de austeridad en el gasto** • **Seguimiento a la producción y eficiencia en la misma** • **Análisis y toma oportuna de decisiones frente a los procesos de facturación y recaudo** • **Operatividad de los comités de índole financiero de la institución**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≥ 0,9	**≥ 0,9**	**≥ 0,9**

5.2.3 Proporción de Medicamentos y Material Médico - Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos de Compras Conjuntas; a través de Cooperativas o Mecanismos Electrónicos

Fortalecer el proceso de compras mediante mecanismos electrónicos o cooperativas

INDICADOR		
Proporción de Medicamentos y Material Médico - Quirúrgico Adquiridos Mediante Mecanismos de Compras Conjuntas; a través de Cooperativas o Mecanismos Electrónicos		
ACTIVIDADES		
• **Implementar SECOP II** • **Realizar seguimiento al plan anual de compras** • **Operatividad del comité de compras** • **Compras acordes a los requisitos de normativos vigentes**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≥ 0,7	**≥ 0,7**	**≥ 0,7**

5.2.4 Monto de la Deuda Superior a 30 Días Por Concepto de Salarios del Personal de Planta y por Concepto de Contratación de Servicios, y Variación del Monto Frente a la Vigencia Anterior

Pago por concepto de remuneración, gestión de cartera se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

INDICADOR
Monto de la Deuda Superior a 30 Días Por Concepto de Salarios del Personal de Planta y por Concepto de Contratación de Servicios, y Variación del Monto Frente a la Vigencia Anterior

ACTIVIDADES		
• **Análisis y seguimiento a cartera con toma oportuna de decisiones para el cobro de la misma** • **Auditoria al proceso de facturación y glosas y seguimiento al mismo con planes de mejora en caso de ser necesario** • **Realizar seguimiento a los pagos en los términos establecidos.** • **Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación**		
METAS		
2021	2022	2023
0 – variación negativa	**0 – variación negativa**	**0 – variación negativa**

5.2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

Diseñar estrategias encaminadas a mejorarlos procesos de atención en salud a partir del análisis que debe realizar la ESE, en lo referente a perfil epidemiológico y frecuencia de uso de los servicios

INDICADOR		
Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)		
ACTIVIDADES		
• **Establecer el perfil epidemiológico de la población.** • **Determinar la frecuencia de uso de los servicios de la ESE por parte de los usuarios.** • **Estructurar los informes gerenciales a Junta Directiva frente a la prestación de los servicios con base en información de RIPS** • **Generar estrategias en la prestación de los servicios acorde a los resultados arrojados del análisis de RIPS**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≥ 4	**≥ 4**	**≥ 4**

5.2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Generar equilibrio entre ingresos recaudados y el gasto comprometido en la misma vigencia, garantizando la sostenibilidad financiera con recaudo

INDICADOR
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo
ACTIVIDADES
• **Mejorar el flujo de recursos mediante el fortalecimiento de los procesos de Contratación, Facturación, Gestión de glosas,** • **Recuperación de cartera mediante un adecuado proceso de gestión**

de la misma • **Implementar un plan de austeridad del gasto con seguimiento periódico y toma de decisiones frente a las desviaciones** • **Capacitar al personal asistencial y de facturación para no permitir el aumento de niveles de glosas de la entidad y establecer proceso de auditoria.** • **Depuración y conciliación constante de la cartera entre el área responsable, tesorería y contabilidad.** • **Realizar presupuesto basado en el recaudo para cada anualidad**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≥ 1	**≥ 1**	**≥ 1**

5.2.7 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 y en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la Norma que lo Sustituya

Cargue oportuno de los informes solicitados por los entes de control con información fiable

INDICADOR		
Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento de la Circular Única y en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004		
ACTIVIDADES		
• **Realizar análisis de la información a reportar y retroalimentación de los datos** • **Validar la información reportada y realizar el cargue de la información.** • **Reportar de manera oportuna acorde a los tiempos establecidos** • **Crear cuadro de alertas**		
METAS		
2021	2022	2023
Cumplimiento dentro de los términos previstos	**Cumplimiento dentro de los términos previstos**	**Cumplimiento dentro de los términos previstos**

5.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA

5.3.1 Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

INDICADOR		
Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación		
ACTIVIDADES		
• **Fortalecer el programa de control prenatal con seguimiento estricto por enfermería que direccione las acciones en busca de una mayor captación de gestantes.** • **Supervisión del ingreso a control prenatal de todas las gestantes que cuenten con prueba de embarazo positiva reportada por el laboratorio clínico.** • **Fortalecimiento y divulgación de la política de gestantes sin barreras.** • **Fortalecer las actividades de demanda inducida** • **Fortalecimiento de programa IAMI Institución amiga de la mujer y de la infancia** • **Realizar procesos de socialización y seguimiento a la adherencia a las guías de atención** • **Articulación intersectorial para el desarrollo de las estrategias de captación.** • **Apoyo con la realización de actividades extramurales para la búsqueda activa de las gestantes antes de la semana 12.**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≥ 80%	**≥ 80%**	**≥ 80%**

5.3.2 Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos en la ESE

Seguimiento al proceso de captación de las gestantes, evaluando el periodo gestacional en el cual fueron captadas y diseñando estrategias para su ingreso oportuno al programa.

INDICADOR
Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos en la ESE
ACTIVIDADES
• **Base de datos de gestantes al día y con supervisión continuada** • **Toma de serología trimestral a todas las gestantes inscritas al control prenatal.** • **Fortalecimiento del trabajo extramural, con indicaciones claras de aumentar la captación de gestantes de área rural dispersa** • **Capacitación del personal médico en la guía de supervisión de embarazo normal y de alto riesgo y guía de ITS.**

• **Realización de tratamiento supervisado a las gestantes diagnosticadas sífilis gestacional y a sus parejas.** • **Seguimiento estricto a las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional** • **Base de datos de gestantes al día y con supervisión continuada** • **Estrategias comunicativas y campañas publicitarias**

METAS		
2021	**2022**	**2023**
0	**0**	**0**

5.3.3 Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de Crecimiento y Desarrollo y de HTA

Prestar servicios de salud en los diferentes procesos con base en la evidencia científica sin poner en riesgo la seguridad del paciente.

INDICADOR		
Evaluación de Aplicación de guía de Manejo específica: Guía de Atención de Crecimiento y Desarrollo y de HTA		
ACTIVIDADES		
• **Socialización al personal asistencial de la guía de manejo establecida según metodología planteada por el Ministerio de Salud** • **Aplicar la guía de manejo de manejo** • **Realizar auditoria de las historias clínicas de usuarios con respecto al cuidado, tratamiento consistente en la guía** • **Verificar la adherencia y aplicación** • **Retroalimentación al personal y desarrollo de acciones de mejoramiento**		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
HTA ≥ 90% **CYD ≥ 80%**	**HTA ≥ 90%** **CYD ≥ 80%**	**HTA ≥ 90%** **CYD ≥ 80%**

5.3.4 Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 Horas

Fortalecer la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamientos aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutiva de la institución en la educación al paciente.

INDICADOR
Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 Horas

ACTIVIDADES		
• Evaluar los reingresos y las causas de los mismos • Evaluar la información que da el medico al usuario, así como la adherencia de este a los tratamientos. • Presentar en Comité el análisis de reingresos en urgencias, establecer los planes de mejoramiento asociados. • Verificar y evaluar la eficacia de las acciones tomadas		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≤ 3%	**≤ 3%**	**≤ 3%**

5.3.5 Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Medicina General

INDICADOR		
Tiempo Promedio de Espera Para la Asignación de Cita de Medicina General		
ACTIVIDADES		
• Realizar seguimiento a porcentaje de inasistencia y tomar acciones para disminuir el indicador • Verificar mediante auditorias el proceso de asignación de citas médicas y seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio. • Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica de acuerdo al anterior análisis. • Realizar atención extramural		
METAS		
2021	**2022**	**2023**
≤ 3	**≤ 3**	**≤ 3**

6. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La socialización del Plan de Gestión Gerencial, será a todos los procesos de la institución, como medios de comunicación tendremos, Página Web, jornadas de inducción y reinducción, capacitaciones. Estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo, y líderes de proceso la divulgación.

El conocimiento del plan de gestión a la comunidad se efectuará mediante Página Web, redes sociales y rendición de cuentas en donde además se informará el

avance del mismo.

7. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La evaluación del Plan de Gestión Gerencial, se llevará a cabo lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social o la normatividad vigente para el caso. El seguimiento se realizará de forma anual a más tardar el primero de abril de la siguiente vigencia.

JOAQUÍN ALBERTO ÁLVAREZ MONSALVE
GERENTE

BIBLIOGRAFÍA

Guía Básica de Auditoria Ministerio de Protección Social. consultado en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf

Resolución 408 de 2018. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20408%20de%202018.pdf

Guía para la formulación de planes de gestión Ministerio de la Protección Social. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%200473%20DE%202008%20GUIA%20EVALUACION%20GERENTES%20DE%20ESE.pdf

PROYECTO DE ACUERDO No. 003
Mayo __ de 2020

"Por medio del cual aprueba el Plan de Gestión Gerencial de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) para el periodo comprendido entre el día dos (02) de abril del año dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024)".

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) en uso de sus facultades legales y estatutarias contenidas en el Artículo 11º del Decreto 1876 de 1.994, Artículo 7º del Acuerdo 011 de 1.994 del Honorable Concejo Municipal, Artículo 17º del Acuerdo 017 de 1.998 y Artículo 7º del Acuerdo 001 de 1.998 emanados de esta corporación y principalmente en las conferidas por los artículos 72 y 73 de la Ley 1438 de 2.011,

CONSIDERANDO:

1. Que en cumplimiento de lo establecido en los artículos 72 y 73 de la Ley 1438 del 19 de Enero de 2.011, le corresponde a la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) aprobar el Plan de Gestión para ser ejecutado por el Gerente de la Empresa Social del Estado.

2. Que el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve, identificado con la cédula de ciudadanía 71.645.043 expedida en Medellín, fue elegido para ocupar el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia), para el periodo comprendido entre el día dos (02) de abril del año dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024), mediante Decreto 031 de abril dos (02) de dos mil veinte (2.020) emanado de la Alcaldía Municipal de Concordia (Antioquia), y tomó posesión del cargo el día dos (02) de abril de dos mil veinte (2.020).

3. Que el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve, radicó el _____ (__) de mayo de dos mil veinte (2.020), ante la Presidencia de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia), el Plan de Gestión Gerencial para ser ejecutado en el periodo comprendido entre el dos (02) de abril de dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024), cumpliendo

con los términos establecidos en el artículo 73 de la precitada Ley.

4. Que el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve, en reunión ordinaria de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia), celebrada el _____ de mayo del año dos mil veinte (2.020), sustentó ante dicha corporación el Plan de Gestión Gerencial para ser ejecutado en el periodo comprendido entre el dos (02) de abril de dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024).

5. Que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) encontró que el Plan de Gestión Gerencial para ser ejecutado en el periodo comprendido entre el dos (02) de abril de dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024) presentado por el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve se ajusta en sus contenidos y metodología a lo requerido en el artículo 72 de la Ley 1438 de 2.011 y en las Resoluciones 710 de 2.012 y 743 de 2.013, emanadas ambas del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Que el Plan de Gestión Gerencial para ser ejecutado en el periodo comprendido presentado y sustentado por el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve es coherente con los planes estratégicos, funcionales, operativos y de desarrollo de la Empresa Social del Estado y con las políticas y directrices generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial, con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y con el Plan Nacional de Salud Pública.

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Plan de Gestión Gerencial, presentado por el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve, para ser ejecutado en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia (Antioquia) durante el periodo comprendido entre el dos (02) de abril de dos mil veinte (2.020) y el treinta y uno (31) de marzo del año dos mil veinticuatro (2.024).

ARTÍCULO SEGUNDO: El Plan de Gestión Gerencial 2.020 – 2.024, presentado por el Dr. Joaquín Alberto Álvarez Monsalve, se anexa y hace parte integral del presente Acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su

aprobación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en el municipio de Concordia (Antioquia) a los ____ días del mes de mayo de dos mil veinte (2.020).

CARLOS GUSTAVO QUIJANO RESTREPO
Alcalde Municipal
Presidente de la Junta Directiva

JOAQUIN ALBERTO ALVAREZ MONSALVE
Gerente Empresa Social del Estado
Secretario Técnico de la Junta Directiva