





# PLAN DE GESTIÓN 2024 – 2028



## E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2024 - 2027  
“ATLÁNTICO PARA EL MUNDO”  
Dr. EDUARDO IGNACIO VERANO DE LA ROSA  
Gobernador

PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ  
Gerente

Mayo de 2024

### MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

NOMBRE	DEPENDENCIA	CARGO JUNTA DIRECTIVA
Dr. EDUARDO IGNACIO VERANO DE LA ROSA	Gobernación del Atlántico	Presidente
Dr. ARMANDO DE JESÚS DE LA HOZ BERDUGO	Gobernación del Atlántico	Presidente Delegado
Dr. LUIS CARLOS FAJARDO JORDÁN	Gobernación del Atlántico	Secretario de Salud Departamental - Representante del Sector Político Administrativo
Dra. JANETH ESTELA REBOLLEDO RUDAS	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Representante del Sector Científico Interno
Dr. ADALBERTO ELÍAS QUINTERO BAIZ	Sector Externo	Representante del Sector Científico Externo
Dr. JOSÉ MIGUEL VILLAFAÑE PLANELLS	Sector Externo	Representante de los Gremios
Sr. GUIDO SANTANDER CABALLERO	Comunidad	Representante de los Usuarios

### EQUIPO DIRECTIVO DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

NOMBRE	DEPENDENCIA	CARGO E.S.E UNA
Dr. PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Gerente
Dra. LEONOR AMALIA PÉREZ BLANCO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Subgerente Científico
Dr. RAFAEL IGNACIO FERNÁNDEZ DE CASTRO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Subgerente Corporativo
Dra. KARINA DE LA ROSA TORRALVO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Directora de Talento Humano
Dra. TATIANA PAOLA ARRIETA RIVERA	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Directora Financiera
Dr. GIOVANNI RAFAEL BACCI GUTIERREZ	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director Contratación
Dr. NILSON AVELLA RODRÍGUEZ	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director de TICS
Dra. YADID SOFÍA RUIZ OSSIO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Jefe Oficina Control Interno
Dr. JAIME ALONSO GARCÍA NAVARRO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Jefe Oficina Control Disciplinario Interno
Dr. ALBERTO RAFAEL CALDERÓN ACOSTA	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Jefe Oficina Asesora Jurídica
Dra. KERLIN DEL CARMEN SANJUANELO OSPINO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Jefe Oficina Asesora de Planeación
Dra. LUZ STELLA MANJARRES IGLESIAS	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director Técnico CACE Pediátrico
Dra. KARINA PATRICIA GÓMEZ NARVÁEZ	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director Técnico CACR Sabanalarga
Dr. OSVALDO ALONSO MORALES TORRADO	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director Técnico del CACE Alta Complejidad
Dr. ALEJANDRO DE JESUS BARRAZA IBAÑEZ	E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	Director Técnico CACR Soledad

#### COPYRIGHT ©

Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad exclusiva de la Empresa Social del Estado Hospital E.S.E Universitaria del Atlántico, no se autoriza a hacer ninguna distribución, reproducción, comunicación pública o transformación total o parcial de los presentes contenidos. Colombia, Barranquilla - Colombia, mayo 18, año 2024.



## TABLA DE CONTENIDO

<b>1.JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>2.MARCO LEGAL.....</b>	<b>14</b>
<b>3.OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. Objetivo General.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>22</b>
<b>4.PROPÓSITO .....</b>	<b>25</b>
<b>5.INFORMACIÓN GENERAL .....</b>	<b>26</b>
5.1. Objetivo .....	26
5.2. Enfoque y perspectiva para el servicio.....	27
<b>6.PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....</b>	<b>28</b>
<b>6.1. Misión Institucional .....</b>	<b>28</b>
<b>6.2. Visión Institucional .....</b>	<b>28</b>
<b>6.3. Principios Corporativos .....</b>	<b>28</b>
<b>6.4.Valores Institucionales.....</b>	<b>29</b>
<b>6.5. Política de Calidad .....</b>	<b>30</b>
<b>6.6. Política de Seguridad del Paciente.....</b>	<b>30</b>
<b>6.7. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.....</b>	<b>30</b>
<b>7.ORGANIGRAMA Y MAPA DE PROCESO DE LA INSTITUCIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>8.GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>34</b>
<b>9.CAPACIDAD TOTAL .....</b>	<b>39</b>



<b>9.1. Sedes de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA.....</b>	<b>39</b>
9.2. Servicios.....	39
9.3. Capacidad instalada .....	45
<b>10.ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN .....</b>	<b>50</b>
10.1. Metodología.....	50
10.2. Componentes del Plan De Gestión.....	51
10.3.Fases del Plan de Gestión.....	52
10.4. Fase de preparación .....	53
10.5. Fase de formulación .....	53
10.6. Fase de aprobación .....	54
10.7. Fase de ejecución .....	54
10.8. Fase de evaluación .....	55
<b>11.FORMULACIÓN DEL PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN 2024-2028 .....</b>	<b>56</b>
11.1. Área de Gestión de Dirección y Gerencia .....	56
11.1.1. Indicador No. 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. ....	57
11.1.2. Indicador No. 2. Efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.....	59
11.1.3. Indicador No. 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.....	60
11.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa .....	62
11.2.1. Indicador No. 4. Riesgo Fiscal y Financiero .....	62
11.2.2. Indicador No. 5. Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida.....	64



11.2.3. Indicador No. 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras. a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.....	66
11.2.4. Indicador No. 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.....	67
11.2.5. Indicador No. 8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones de Servicios (RIPS). .....	68
11.2.6. Indicador No. 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.....	70
11.2.7. Indicador No. 10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya. ....	72
11.2.8. Indicador No. 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya. ....	73
<b>11.3. Área de Gestión Clínica o Asistencial .....</b>	<b>75</b>
11.3.1. Indicador No. 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.....	75
11.3.2. Indicador No. 13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.....	77
11.3.3. Indicador No. 14. Oportunidad en la realización de apendicectomía. ....	78
11.3.4. Indicador No. 15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.....	80



11.3.5. Indicador No. 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).....	81
11.3.6. Indicador No. 17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria. ....	83
11.3.7. Indicador No. 18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría..	85
11.3.8. Indicador No. 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia. ....	86
11.3.9. Indicador No. 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. ....	88
11.3.10. Indicador No. 27. Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE. ....	89
11.3.11. Indicador No. 28. Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE .....	91
11.3.12. Indicador No. 29. Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios) .....	93
11.3.13. Indicador No. 30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica .....	96
<b>12.MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERENCIAS TÉCNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>132</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sedes de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA .....	39
Tabla 2. Servicios Habilitados por la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA .....	40
Tabla 3. Capacidad instalada de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA .....	45
Tabla 4. Indicador No. 1 Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior. ....	57
Tabla 5. Indicador No. 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. ....	59
Tabla 6. Indicador No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. ....	61
Tabla 7. Indicador No. 4 Riesgo Fiscal y Financiero .....	63
Tabla 8. Indicador No. 5 Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida. ....	65
Tabla 9. Indicador No. 6 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 y c) Compras a través de mecanismos electrónicos. ....	66
Tabla 10. Indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior. ....	67
Tabla 11. Indicador No. 8 Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).....	69



Tabla 12. Indicador No. 9 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. ....	70
Tabla 13. Indicador No. 10 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya. ....	72
Tabla 14. Indicador No. 11 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya. ....	74
Tabla 15. Indicador No. 12 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes. ....	75
Tabla 16. Indicador No. 13 Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. ....	77
Tabla 17. Indicador No. 14 Oportunidad en la realización de apendicectomía. ....	79
Tabla 18. Indicador No. 15 Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. ....	80
Tabla 19. Indicador No. 16 Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM). ....	82
Tabla 20. Indicador No. 17 Análisis de mortalidad intrahospitalaria. ....	83
Tabla 21. Indicador No. 18 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría. ....	85
Tabla 22. Indicador No. 19 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia. ....	87
Tabla 23. Indicador No. 20 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna. ....	88
Tabla 24. Indicador No. 27 Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE. ....	90



Tabla 25. Indicador No. 28 Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.....	92
Tabla 26. Indicador No. 29 Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios) .....	95
Tabla 27. Indicador No. 30 Oportunidad en la consulta psiquiátrica .....	96
Tabla 28. Matriz de compromisos, logros y actividades .....	98



## 1. JUSTIFICACIÓN

El gerente de la **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO – UNA** tiene la obligación de presentar ante la Junta Directiva el Proyecto del Plan de Gestión dentro de los treinta (30) días siguientes a su posesión, el cual una vez aprobado se convierte en la carta de navegación que le permite a la Gerencia de la **E.S.E**, cumplir con todos los ordenamientos constitucionales y legales para el período 2024-2028. En este proyecto de Plan de gestión se estructuraron y consolidaron todos los compromisos que la Gerencia presenta a la Junta Directiva para su aprobación y posterior adopción y ejecución. En este documento también se plantean las metas de gestión y de resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Para la aprobación y adopción del Plan de Gestión Gerencial, fueron expedidas diferentes normas por parte del Gobierno Nacional, en especial la Ley 1438 del 19 de enero de 2011<sup>1</sup>. Mediante la cual se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.

La Ley 1438 ordenó en los artículos 72 y 74 al Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS a definir las condiciones y metodología para la elaboración y presentación de los planes de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y la metodología para su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Este proyecto del Plan de Gestión 2024-2028 fue formulado y debe ser ejecutado por el Gerente o Director de la **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA**, previo estudio y aprobación de la Junta Directiva de la E.S.E. Para ser aprobado debe contener entre otros

---

<sup>1</sup> “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”



aspectos los siguientes: Las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, 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 Salud y Protección Social - MSPS.

En cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, el MSPS expidió la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012<sup>2</sup>.

Posteriormente el MSPS expidió la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013<sup>3</sup>, dicha Resolución modificó específicamente los Anexos 2, 3 y 4 del artículo 2º de la Resolución 710 de 2012.

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016<sup>4</sup>, en esta normativa se dictaron disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se establecieron los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho sistema.

---

<sup>2</sup> "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones".

<sup>3</sup> "Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

<sup>4</sup> "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"



La Superintendencia Nacional de Salud, algunas entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado solicitaron al Ministerio de Salud y Protección Social que se aclarara la información a reportar y la aplicación de algunos de los indicadores y estándares por áreas de gestión.

Por lo anterior, la dirección de prestación de servicios y atención primaria de ese ministerio evaluó las solicitudes encontrando pertinentes algunas de ellas, por lo que se hizo necesario precisar las situaciones que no interrumpieran el desempeño del director o gerente, y realizaron ajustes a los anexos de indicadores y estándares por áreas de gestión, así como al instructivo y matriz para calificación.

En virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018<sup>5</sup>, asimismo, expidió la Resolución 1097 de 2018<sup>6</sup>.

Finalmente, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa No. 2023151000000008-5 del 17 de mayo de 2023<sup>7</sup>, mediante la cual se impartieron instrucciones para la evaluación del cumplimiento del plan de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

En cumplimiento de todas las normas vigentes anteriormente citadas, la gerencia procede a presentar ante la Junta Directiva de la E.S.E, dentro de los términos otorgados en el artículo 73, numeral 73.1 de la Ley 1438 de 2011, para su estudio y aprobación el proyecto del Plan de Gestión de la **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO – UNA** para el período 2024- 2028.

---

<sup>5</sup> “Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”.

<sup>6</sup> “Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018.”

<sup>7</sup> “EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL”



## 2. MARCO LEGAL

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

**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 establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para su elección.

La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se continuará con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero”. **(Párrafo reglamentado por el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016).**



**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:

**73.1** 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.

**73.2** 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 la presentación del plan de gestión.

**73.3** El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

**73.4** 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 de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

**74.1** 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 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.



**74.2** 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.

**74.3** 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.

**74.4** 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.

**74.5** Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta 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 este, 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.

**74.6** La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión 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.

**Ley 1797 de 2016**, “POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES QUE REGULAN LA OPERACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”



**Artículo 20.** “Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.

**Parágrafo transitorio.** Para el caso de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos.

Los procesos de concurso que al momento de entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en etapa de convocatoria abierta o en cualquiera de las etapas subsiguientes continuarán hasta su culminación y el nombramiento”.

**Resolución 000710 de marzo 30 de 2012 Anexos Técnicos 1 y 5.**

“Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas



Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”.

**Artículo 1°. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar 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 2°.** Adopción de condiciones y metodología. Adóptense 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, contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución, así:

Anexo N°. 1 Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión.

**Resolución 000743 de marzo 15 de 2013 y sus Anexos Técnicos,** " Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”

**Artículo 1.** Modifíquense los Anexos Nos. 2, 3, Y 4 del artículo 2° de la Resolución

710 de 2012, que hacen parte integral de la misma, los cuales quedarán tal y como se reflejan en la presente resolución, Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

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

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 del 15 de febrero de 2018 y sus Anexos Técnicos**, “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”.

**ART. 1º**—Sustitúyanse los anexos 2, 3, y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, por los anexos 2, 3, y 4 que hacen parte integral de la presente resolución.

**ART. 2º**—Modifíquese el artículo 3º de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

**ART. 3º**—La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1º de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que se refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.



**PARÁGRAFO**—Para efectos de la evaluación, situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones y permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas.

**ART. 3º**—Ajustes a los planes de gestión presentados en 2017 y a los informes de cumplimiento de dicho plan. Los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la presente resolución, realizarán los ajustes que sean pertinentes al plan de gestión presentado y/o aprobado por la junta directiva, en consideración a lo establecido en los anexos 2, 3 y 4 de la presente resolución. Dicho ajuste deberá ser aprobado por la junta directiva dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su presentación.

En caso de que al momento de publicarse la presente resolución, el gerente o director ya hubiere presentado el informe de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia 2017, este deberá ser ajustado una vez se adelante el trámite enunciado en el inciso anterior, y deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de 2018.

**Resolución 1097 de 2018** “Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018”

“Artículo 1. Corrijase el error formal contenido en el Anexo No. 2 Indicador No. 25, pagina 09,  
(...)

Artículo 2. Corrijase el error formal contenido en la nota (2) del Anexo No.2, página 11 (...)

Artículo 3. Corrijase el error formal contenido en el Anexo No. 3 indicador No. 4, página 13  
(...)”.



Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud No. 2023151000000008-5 del 17 de mayo de 2023: “EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL”



### 3.OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General

Con la aprobación y adopción del proyecto del Plan de Gestión 2024-2028, la Gerencia pretende dar cumplimiento a la normatividad vigente y a todos los lineamientos técnicos efectuados por el Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, para contar con una herramienta que le asegure una adecuada planeación de la operación de la Institución, encaminada a lograr la eficiencia hospitalaria, económica y el equilibrio financiero enmarcado en el direccionamiento estratégico y la garantía de la calidad en los servicios de salud de mediana y alta complejidad que son ofertados por la **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO – UNA**, mediante el cumplimiento de indicadores de resultado y de seguimiento al riesgo establecidos en cada uno de los anexos técnicos de las Resoluciones 408 y 1097 de 2018.

#### 3.2. Objetivos Específicos

1. Levantar de manera inicial un diagnóstico institucional del estado de implementación de todos los procesos propios de la E.S.E, con el fin de establecer si se encuentran ajustados a los lineamientos normativos vigentes y de ser necesario, proceder a realizar los ajustes pertinentes, apuntando de esta manera hacia la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con estándares de habilitación y acreditación en salud, según lo establecido en el Decreto 1011 de 2006<sup>8</sup>, compilado en el Decreto 780 de 2016<sup>9</sup>,

---

<sup>8</sup> por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<sup>9</sup> por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



Resoluciones 2082 de 2014<sup>10</sup>, 00256 de 2016<sup>11</sup>, 5095 de 2018<sup>12</sup>, modificada por la Resolución 1328 de 2021<sup>13</sup>, Resolución 3100 de 2019<sup>14</sup> y demás normas vigentes.

2. Mejorar la capacidad resolutive de la Institución, logrando una oferta de servicios ajustada a la normatividad vigente y al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red Hospitalaria del Departamento del Atlántico, con el fin de garantizar la satisfacción total de todos los usuarios del Departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla.
3. Recuperar el equilibrio financiero y económico de la E.S.E, para contar con los recursos necesarios que conlleven a la solidez financiera y económica de la Institución y asegurar la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud para toda la población del Departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla.
4. Fortalecer la oferta de servicios de mediana y alta complejidad y trazabilidad de indicadores de calidad técnica.
5. Garantizar el cumplimiento de los criterios de seguridad del paciente establecidas en la política y norma normatividad vigente.
6. Mantener el costo por unidad producida directamente relacionada con la unidad de valor relativa producida año a año con el fin de lograr ser costo efectivos alcanzando la eficiencia hospitalaria y económica.
7. Velar por el cumplimiento de todas las obligaciones adquiridas durante la vigencia, garantizando así el equilibrio financiero.

---

<sup>10</sup> Por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social dicta disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

<sup>11</sup> Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

<sup>12</sup> Por el cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1"

<sup>13</sup> Por medio de la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución número 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".

<sup>14</sup> por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.



8. Realizar las gestiones administrativas que permitan a la E.S.E contar con un sistema de información integral e integrado con gestión del conocimiento.
9. Desarrollar de manera efectiva los componentes del sistema de garantía de la calidad, alcanzando estándares seguros y confiables en la prestación de los servicios ofertados.
10. Cumplir con los índices de oportunidad en la atención de mediana y alta complejidad establecidos en la normatividad vigente, evitando eventos adversos y logrando la satisfacción del usuario.
11. Garantizar la oportunidad en el reporte de la información en las diferentes plataformas del Estado, evitando de esta manera posibles sanciones a la Institución.

## 4. PROPÓSITO

Cumplir todos los objetivos y compromisos de gestión, de acuerdo con lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 y 1097 de 2018 y sus anexos técnicos y Circular Externa No. 2023151000000008-5 DE 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la presentación, aprobación, ejecución y evaluación del Plan de Gestión Gerencial, el cual será ejecutado por la Gerencia de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, a cargo del doctor PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ, nombrado por el Gobernador del Atlántico mediante el Decreto Departamental No. 152 del quince (15) de abril de 2024 y posesionado mediante Acta No. 020043 del quince (15) de abril del mismo año, para ejercer el cargo de gerente de la E.S.E para el periodo que va del quince (15) de abril de 2024 hasta el treinta y uno (31) de marzo de 2028.

En virtud de lo anterior, este Proyecto del Plan de Gestión corresponde al periodo que va del quince (15) de abril de 2024 hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2028, para lo cual se formuló ajustándose estrictamente con lo exigido en la normatividad vigente, en especial a lo ordenado en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 710 de 2012, en lo que respecta a cada una de las fases de preparación y formulación.



## 5. INFORMACIÓN GENERAL

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 2.5.3.8.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, la Empresa Social del Estado **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO – UNA** constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada de categoría especial, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria Departamental de Salud del Atlántico, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La importancia de la red pública radica no solo en el acceso efectivo a los servicios de salud, sino en la posibilidad de los gobiernos, las administraciones territoriales y las gerencias institucionales de corregir las fallas de mercado con asimetrías e incentivos no alineados, producto de un sistema de salud joven que debe, como el país, asumir permanentemente desafíos en equidad y eficiencia expresados en: retos de salud pública, siniestralidad creciente, obsolescencia tecnológica, crisis socioeconómicas con impacto sanitario y limitaciones en financiación de la inversión y operación. como el resto de los países del mundo.

Nuestra estrategia global tiene como fundamento el compromiso de realizar una gestión eficaz y eficiente orientada a la seguridad y a la satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares, trabajadores y ciudadanos del Departamento del Atlántico y la Región Caribe.

**En la E.S.E. Universitaria del Atlántico - UNA** definimos nuestra misión, visión y valores como la gestión de servicios de salud que contribuyan al mantenimiento y mejora de la salud del Departamento del Atlántico y la Región Caribe.

### 5.1. Objetivo

El objetivo de la E.S.E UNA es la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,



rehabilitación y cuidados paliativos, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

El objetivo de esta apuesta social de un centro de vocación universitaria con servicios de mediana y alta complejidad del orden departamental de apoyo en la operación en salud en los municipios, que genera permanentemente conocimiento para la adecuada y oportuna atención de nuestros usuarios, pacientes, cuidadores y sus familias con trabajo, innovación, investigación y desarrollo de tecnologías adecuadas con talento humano intra e interinstitucionales, comprometidos con el Atlántico, dentro y fuera de la nueva E.S.E Universitaria del Atlántico - UNA.

## **5.2. Enfoque y perspectiva para el servicio**

Así, el reto técnico, legal y financiero se concreta en mejorar la gestión financiera, la reingeniería del servicio y alcanzar niveles de productividad ya observados. Lo anterior, requerirá de importantes innovaciones, estrategias e instrumentos de gerencia de infraestructura, gerencia financiera y de servicio, además de novedosos acuerdos comerciales e institucionales de propósito fundamental en el interés general y la protección de la población más vulnerable. Condición esencial: el apoyo al reto y proyecto compartido de las administradoras de planes de beneficios, las administraciones de los territorios, la academia y la población a la que nos debemos todos.



## 6. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.

### 6.1. Misión Institucional

Mejorar la salud de la población del Departamento del Atlántico y la Región Caribe; a través de la prestación integral de servicios de salud con altos estándares a partir de la prestación de servicios de alta complejidad, la humanización del servicio y la formación del talento humano en salud de la región.

### 6.2. Visión Institucional

Ser siempre, la entidad de salud pública reconocida por los Atlánticenses, por brindar una solución inclusiva caracterizada por su calidad, idoneidad y sostenibilidad, aportando a la mejora social de las personas, de la región y el país, a partir de procesos de atención, innovación en el servicio, investigación y formación del talento humano en salud.

### 6.3. Principios Corporativos

**MEJORAMIENTO CONTINUO:** Es nuestra voluntad de aprendizaje permanente, con actitud positiva frente al cambio, para el óptimo desempeño individual y empresarial.

**SEGURIDAD:** Garantizar condiciones favorables para una prestación de servicio seguro a nuestros clientes externos e internos.

**HONESTIDAD:** Definida como el actuar coherente con los principios y valores y acorde a los requerimientos de la población a la que se sirve.

**ATENCIÓN HUMANIZADA:** Actuar con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia, respetando sus derechos.

**LEALTAD:** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.



**COMPROMISO SOCIAL:** Velar por el cuidado integral de la salud de las personas para el mejoramiento del bienestar y calidad de vida de la población.

**RESPONSABILIDAD:** Corresponde a un actuar Proactivo, es decir la promoción de una cultura que abandone el determinismo y asuma la capacidad de modificación del entorno para el bien individual y el de los seres humanos a los que se sirve.

**EQUIDAD:** Consiste en el proceso de prestar servicios garantizando a cada actor la satisfacción de una serie expectativas según las necesidades particulares, siguiendo para ello los estándares de operación establecidos.

**VOCACIÓN DE SERVICIO:** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

#### 6.4.Valores Institucionales

**RESPETO:** Construimos relaciones basadas en el reconocimiento del otro y en el respeto de su identidad y dignidad humana.

**TRANSPARENCIA:** Compartimos información en forma clara y efectiva, respetando el derecho de todos los individuos a estar informados.

**INTEGRIDAD:** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento de acuerdo con los principios éticos y actuar de buena fe, honestidad intelectual y equidad. Cuidamos la ética de cada una de nuestras acciones, que desarrollamos con rectitud y honestidad.

**CONFIANZA:** Creemos en las relaciones basadas en la confianza, procurando brindar un servicio de alta calidad médica.

**COMPROMISO:** Nos orientamos hacia la comunidad, decididos a generar valor social a través de la asistencia y la docencia.



Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

**IDONEIDAD:** Trabajamos con el profesionalismo y el conocimiento en cuidados de la salud.

### **6.5. Política de Calidad**

La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se compromete a brindar servicios de salud humanizados con calidad a través de un enfoque de mejoramiento continuo y compromiso social, enmarcado en los principios y valores institucionales, procurando generar el mínimo riesgo en la atención, para mejorar la satisfacción de nuestros usuarios, sus familias y otras partes interesadas.

### **6.6. Política de Seguridad del Paciente**

La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, se compromete a brindar una atención segura y humanizada, minimizando los riesgos durante la prestación de los servicios, implementando y promoviendo una cultura de seguridad del paciente, fomentando estrategias de capacitación continua, fortaleciendo las prácticas seguras y haciendo gestión de los reportes que conlleve al aprendizaje organizacional y al aprendizaje organizacional y al mejoramiento continuo de los procesos, para disminuir la incidencia de los eventos adversos.

### **6.7. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo**

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, ha establecido dentro de sus prioridades, la implementación, desarrollo y seguimiento continuo; por lo tanto, se compromete a destinar los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros necesarios para la planeación y ejecución del sistema para la seguridad y salud en el trabajo con el propósito de mitigar los riesgos prioritarios y la correcta implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológicos, acorde con las características organizativas y laborales de la entidad, los



factores de riesgos a los que están expuestos sus trabajadores y el mantenimiento de un ambiente laboral sano, cumpliendo con toda la reglamentación colombiana aplicable.



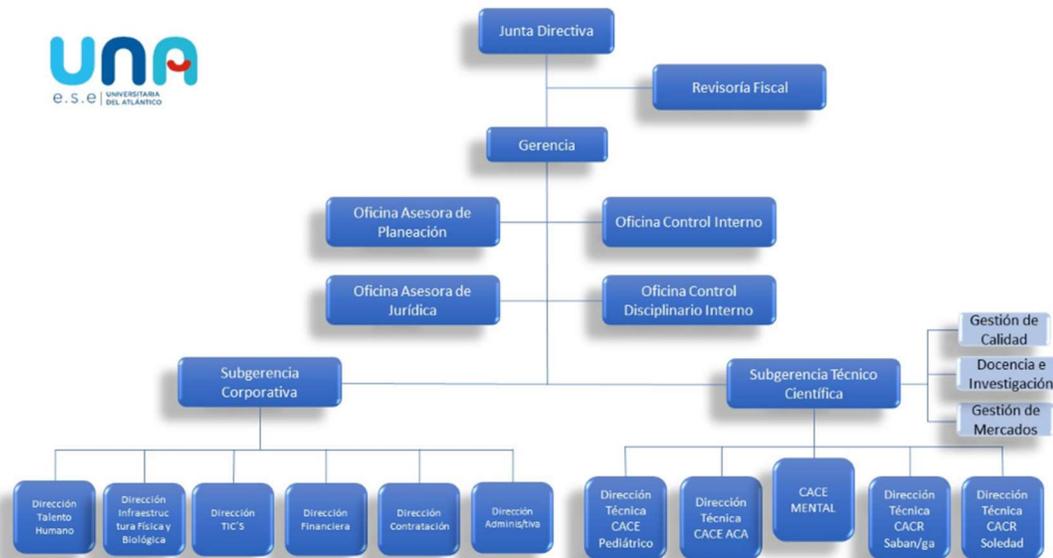
## 7. ORGANIGRAMA Y MAPA DE PROCESO DE LA INSTITUCIÓN

La Estructura Organizacional de la E.S.E UNA se encuentra conformada por una Junta Directiva, una gerencia, una revisoría fiscal, gerencia, oficina asesora de planeación, oficina de control interno, oficina asesora jurídica, oficina control interno, oficina control interno disciplinario, subgerencia corporativa.

La subgerencia corporativa está conformada por la dirección de talento humano, dirección de infraestructura física y biológica, dirección tics, dirección financiera, dirección contratación y dirección administrativa.

La subgerencia técnico-científica está conformada por dirección técnica CACE pediátrico, dirección técnica CACE ACÁ, dirección técnica CACE MENTAL, dirección técnica CACR Sabanalarga, dirección técnica CACR Soledad.

### ORGANIGRAMA

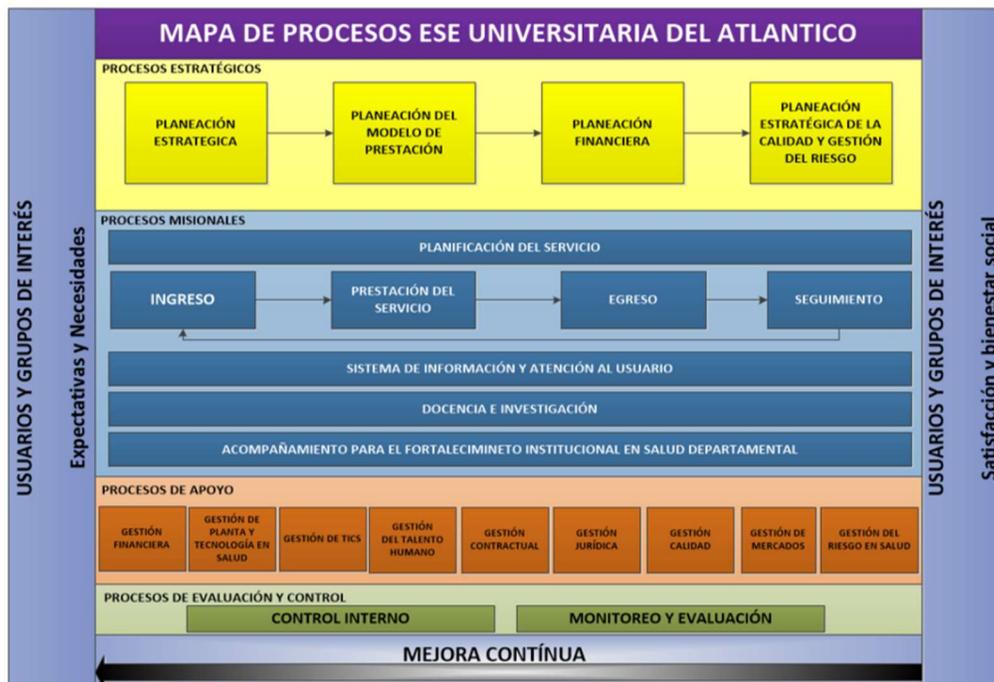




## Mapa de procesos

El Mapa de Procesos muestra las interrelaciones entre los procesos de dirección, operativos, de apoyo y de medición, análisis y mejora. Los procesos operativos corresponden a los asistenciales, es decir a la prestación de servicios de atención, que se inician con: planeación estratégica, planeación del modelo de prestación, planeación financiera, planeación estratégica de la calidad y gestión del riesgo.

Contiene una planificación de los servicios, la cual está compuesta por el área de ingresos, prestación de servicios, egresos y seguimiento. De la misma manera contiene unos procesos de apoyo de gestión financiera, gestión de planta y tecnología en salud, gestión de tics, gestión contractual, gestión jurídica, gestión calidad, gestión de mercado y gestión del riesgo en salud.





## 8.GLOSARIO DE TÉRMINOS

### **Eficiencia**

La eficiencia mide la relación entre productos obtenidos (metas productos) e insumos utilizados (recursos ejecutados) en un proceso productivo, el cual busca alcanzar la máxima cantidad de productos sin desperdiciar, o aprovechar al máximo los recursos o insumos disponibles; es la comparación entre lo efectivamente realizado y lo propuesto, esta medición busca determinar si se está optimizando la dotación de recursos financieros que tienen disponibles para producir las metas producto.

### **Eficacia**

La eficacia permite medir el grado de cumplimiento de las metas y productos establecidos en el plan de gestión gerencial y los indicadores alcanzados en términos de productos, calculando el nivel del logro y determinando el grado de cumplimiento a nivel de proyecto, línea y componente del plan. Hace referencia únicamente a la obtención de los resultados y **productos**.

La evaluación de eficacia se convierte en un componente esencial, donde se mide el grado de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de gestión gerencial. Entre mayor sea el nivel de cumplimiento en las metas trazadas mayor es el nivel de eficacia obtenido y, en consecuencia, mayor será el grado de satisfacción de la institución.

### **Ponderación**

Es el peso porcentual de cada uno de los indicadores y/o criterios establecidos en una medición determinada, sobre el valor total de las áreas o programas que integran cada uno de los indicadores.



### **Unidad de Valor Relativo (UVR)**

Es la actualización ajustada de la producción de servicios ofertados en un periodo dado, llevado a valores constantes y comparables con las vigencias anteriores, brindando elementos de evaluación comparativa de eficiencia hospitalaria.

### **Atención de salud.**

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

### **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

### **Calidad de la atención de salud.**

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

### **Condiciones de capacidad tecnológica y científica.**

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes



y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

#### **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB.**

Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

#### **Prestadores de Servicios de Salud.**

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

#### **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS.**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

#### **Accesibilidad.**

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### **Oportunidad.**

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



### **Seguridad.**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

### **Pertinencia.**

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

### **Continuidad.**

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico

### **Sistema Único de Habilitación.**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.



### **Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

### **Condiciones de capacidad técnico-administrativa.**

Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

### **Registro especial de prestadores de servicios de salud.**

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

## 9.CAPACIDAD TOTAL

### 9.1. Sedes de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

En la Tabla 1, se puede observar que la E.S.E cuenta actualmente tiene registradas cinco (5) sedes en la zona urbana del Departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla.

Tabla 1. Sedes de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección	Teléfono
Barranquilla	800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	URBANA	CALLE 57 No.23-100	
Barranquilla	800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	URBANA	CARRERA 24 No.53D-80	6053309000
Barranquilla	800105146	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	URBANA	CARRERA 75 No.79B-50	
Sabanalarga	863802452	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	URBANA	CALLE 25 # 8 - 25	6053319538
Soledad	863802452	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	URBANA	Calle 65#Cra 6-241	6053319538

Fuente de Información: Registro Especial de Prestadores - REPS

### 9.2. Servicios

En la Tabla 2, se puede observar todos los servicios que actualmente tiene habilitados en el Registro Especial de Prestadores – REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, evidenciándose un total de 118 servicios habilitados de mediana y alta complejidad en el Departamento del Atlántico.

Tabla 2. Servicios Habilitados por la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	DHSS0497414
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHSS0336319
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	DHSS0498370
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHSS0336320
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	DHSS0497415
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0336321
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0496372
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0496373
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0524907
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0497836
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0568527
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	301 -ANESTESIA	DHSS0482224
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0482225
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	308 -DERMATOLOGÍA	DHSS0482226
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0568528
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0482227
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0568529

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	330 -NEFROLOGÍA	DHSS0568530
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	335 -OFTALMOLOGÍA	DHSS0624148
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0524908
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	355 -UROLOGÍA	DHSS0568531
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	DHSS0497416
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0624149
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	387 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0624150
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	411 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0624151
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	420 -VACUNACIÓN	DHSS0482228
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0336322
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0336325
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0336326
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0429412
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	746 -GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0336327
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0496374
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0342475
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	1105-ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	DHSS0568532
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	131 -HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	DHSS0336328

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0336330
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0336331
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0336332
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	1102-URGENCIAS	DHSS0392765
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	DHSS0494415
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	DHSS0495163
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0336338
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	131 -HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	DHSS0414619
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336340
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	217 -OTRAS CIRUGÍAS	DHSS0336341
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	301 -ANESTESIA	DHSS0336342
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336343
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0336345
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	342 -PEDIATRÍA	DHSS0336346
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0336347
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	354 -TOXICOLOGÍA	DHSS0336348
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	DHSS0336349
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	361 -CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336350
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	384 -NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336351
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	386 -NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336352
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	409 -ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	DHSS0336353
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0336355
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0336357
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0336360
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0336361
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0336362

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	1102-URGENCIAS	DHSS0336364
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0336271
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0336272
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0336273
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0336274
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0624231
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0336275
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHSS0624232
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336276
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0624233
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	301 -ANESTESIA	DHSS0336277
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0336278
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0336279
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0624234
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0336280
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0336281
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0336282
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	335 -OFTALMOLOGÍA	DHSS0624235
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0336283
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	342 -PEDIATRÍA	DHSS0336284
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0336285
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0417597
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0432405
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0432406
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0336286
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0336288

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0336290
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0336291
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	1102-URGENCIAS	DHSS0336292
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0340797
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0339094
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0336294
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0336295
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0336296
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0336297
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0592770
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	301 -ANESTESIA	DHSS0336300
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0336301
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0336303
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0592771
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0336304
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0336305
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0592772
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	342 -PEDIATRÍA	DHSS0336307
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0336308
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0592773
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	420 -VACUNACIÓN	DHSS0336309
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0336310
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0336311
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0336312
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0336313
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0336314

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0336315
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0336316
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	1102-URGENCIAS	DHSS0336317
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0442234
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0339095

Fuente de Información: Registro Especial de Prestadores - REPS

### 9.3. Capacidad instalada

En la Tabla 3, se observa la capacidad instalada actual registrada en el Registro Especial de Prestadores – REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, capacidad utilizada para la oferta y prestación de servicios de mediana y alta complejidad, sirviendo como centro de referencia para la población del Departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla y Región Caribe.

Tabla 3. Capacidad instalada de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM904	TERRESTRE	2022	10024771719
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Adultos	115			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	15			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS -	CAMAS	Incubadora Intermedia Neonatal	5			0	

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
			CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS							
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Incubadora Intensiva Neonatal	10			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Incubadora Básico Neonatal	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Cuna Intermedia Neonatal	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CAMAS	Cuna Intensiva Neonatal	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	CONSULTORIOS	Consulta Externa	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	SALAS	Partos	1			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	SALAS	Procedimientos	1			0	
BARRANQUILLA	800105146	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS - CACE ALTA COMPLEJIDAD ADULTOS	SALAS	Sala de Cirugía	2			0	
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	CAMAS	Salud Mental Adulto	105			0	
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3			0	
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3			0	
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
			ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL							
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3			0	
BARRANQUILLA	800105146	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADA MENTAL CACE MENTAL	SALAS	Procedimientos	1			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMAS	Pediátrica	52			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMAS	Salud Mental Pediátrica	16			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMAS	Intermedia Pediátrica	5			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMAS	Intensiva Pediátrica	9			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMILLAS	Observación Pediátrica	15			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4			0	
BARRANQUILLA	800105146	3	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO CACE PEDIÁTRICO	SALAS	Sala de Cirugía	1			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	AMBULANCIAS	Básica	1	OCM903	TERRESTRE	2022	10024771729
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM907	TERRESTRE	2022	10024770044
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CAMAS	Pediátrica	18			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA	CAMAS	Adultos	54			0	

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
			REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA							
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CAMILLAS	Observación Pediátrica	7			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	18			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CONSULTORIOS	Urgencias	4			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	7			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	SALAS	Partos	2			0	
SABANALARGA	863802452	1	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL SABANALARGA CACR SABANALARGA	SALAS	Sala de Cirugía	2			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	AMBULANCIAS	Básica	1	OCM905	TERRESTRE	2022	10024770421
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OCM906	TERRESTRE	2022	10024772077
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CAMAS	Pediátrica	21			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CAMAS	Adultos	50			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CAMILLAS	Observación Pediátrica	8			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	6			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	10			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	SALAS	Partos	1			0	
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	SALAS	Procedimientos	1			0	

Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
SOLEDAD	875802452	2	CENTRO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA REGIONAL CACR SOLEDAD	SALAS	Sala de Cirugía	2			0	

Fuente de Información: Registro Especial de Prestadores - REPS



## 10. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA debe dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 y 1097 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y Circular Externa No. 2023151000000008-5 DE 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del proyecto del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento debe determinar los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo para el cual fue nombrado el gerente de la Empresa Social del Estado, en este caso 2024-2028, con el fin de cuantificar periódicamente (Anualmente), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en los siguientes tres (3) ámbitos:

- **Dirección y Gerencia 20%.**
- **Gestión Financiera y Administrativa 40%.**
- **Gestión Clínica y Asistencial 40%.**

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

### 10.1. Metodología

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el Plan de Gestión Gerencial se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Verificación de las plataformas de los Órganos de Inspección, Vigilancia y Control del Estado (SIHO, CHIP Contable, CGR, SMS, SNS y SDS)<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> SIHO (Sistema de Información Hospitalaria DEL Ministerio de Salud y Protección Social)



- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se genere la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Impresión de los soportes directamente del Sistema de Gestión de Calidad de la E.S.E.
- Verificación de los certificados publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en el reporte de los informes exigidos en las normas vigentes.

Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

## 10.2. Componentes del Plan De Gestión

El plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben contener, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial y las metas, así como los 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 Salud y Protección Social, que sin ir en contravía de la planeación general de la empresa, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en las

---

CHIP (Consolidador de Hacienda e Información Pública de la Contaduría General de la Nación)

CGR (Contraloría General de la República)

SMS (Secretaría Municipal de Salud)

SDS (Secretaría Departamental de Salud)

SNS (Superintendencia Nacional de Salud)



Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, 408 y 1097 de 2018. Este Plan de Gestión consta de los siguientes componentes:



### 10.3.Fases del Plan de Gestión

El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, resulta de las actividades desarrolladas por el Director o Gerente de la entidad y su equipo para en forma sucesiva, pero no lineal sino más bien a manera de ciclo continuo, desarrollar cinco fases del mismo, como se detalla a continuación:





#### 10.4. Fase de preparación

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión.

La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

#### 10.5. Fase de formulación

Diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Para la formulación del presente proyecto del plan de gestión, se partió de los supuestos críticos de operación registrados a 31 de diciembre de 2023, toda vez que el gerente actual, Dr. PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ se posesionó el 15 de abril de 2024 y los treinta (30) días hábiles que establece el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 para presentar el proyecto del Plan de Gestión 2024 - 2028 ante la Junta Directiva para su estudio y aprobación, se cumplen el veintinueve (29) de mayo de 2024. Por tal razón, se parte de la información registrada al cierre de la vigencia del año 2023. Se hace necesario aclarar que la Resolución 408 de 2018 estableció en su artículo segundo los siguiente: “(...) si el Director o Gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a la que se refiere este artículo, no se realizará la evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia”, situaciones que no permitirán la evaluación del plan de gestión por parte de la Junta Directiva de los indicadores arrojados por la E.S.E en la vigencia 2024.



Por todo lo anterior, las líneas base se establecerán teniendo en cuenta los indicadores correspondientes a la vigencia fiscal que va del 1º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023

### **10.6. Fase de aprobación**

En esta fase, el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

### **10.7. Fase de ejecución**

Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el Director o Gerente, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.



### 10.8. Fase de evaluación

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

En el informe anual sobre el Plan de Gestión, se incluirá cuando haya lugar, un informe específico del estado de cumplimiento de las metas y los compromisos adquiridos en los convenios de desempeño, suscritos con las entidades territoriales y/o con la Nación, en el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud”. Aunque este informe no genera como tal puntaje para la calificación en la Evaluación del Plan de Gestión de la empresa, es un indicio para la Junta Directiva de la entidad sobre el desarrollo de dicha gestión.



## 11.FORMULACIÓN DEL PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN 2024-2028

El propósito del Proyecto del Plan de Gestión es el de cumplir todos los objetivos y compromisos de gestión, de acuerdo con lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 y 1097 de 2018 y sus anexos técnicos, en lo relacionado con la presentación, aprobación, ejecución y evaluación del Plan de Gestión Gerencial, el cual será ejecutado por la Gerencia de la **E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA**, a cargo del **Dr. PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ**, nombrado por el Gobernador del Atlántico, Dr. **EDUARDO IGNACIO VERANO DE LA ROSA** mediante el Decreto No. 152 del quince (15) de abril de 2024 y posesionado mediante Acta No. 020043 del mismo día y año, para ejercer el cargo de gerente de la E.S.E para el periodo que va del quince (15) de abril de 2024 hasta el treinta y uno (31) de marzo de 2028. Por lo anterior, se procedió a formular cada uno de los veinte (24) indicadores que aplican a la E.S.E, en concordancia con su nivel de complejidad:

### 11.1. Área de Gestión de Dirección y Gerencia

Esta área de gestión contiene tres (3) indicadores relacionados con el cumplimiento de los logros estratégicos, desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión, visión y objetivos institucionales, establecer las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros:

### 11.1.1. Indicador No. 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad. En este indicador se observa que la E.S.E ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables a la entidad como Empresa Social del Estado, así como también se han desarrollado los planes de mejoramiento respectivos con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.

En este indicador se pretende lograr el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud, evidenciado en la valoración progresiva de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares exigidos en la normatividad vigente. Para lo anterior, se llevará a cabo en las vigencias 2024, 2025, 2026 y 2027 el proceso de autoevaluación exigido en la normatividad vigente, teniendo en cuenta que para la vigencia 2028 el gerente no será objeto de evaluación por parte de la Junta Directiva, para lo cual el responsable del proceso realizará el análisis y priorización de los estándares que se verificarán en el proceso.

*Tabla 4. Indicador No. 1 Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.*

<b>No. 1 Indicador</b>	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
<b>FORMULA</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	Se observa que la E.S.E ha venido realizando las autoevaluaciones de estándares de acreditación que exigen las normas vigentes, en especial Decreto 1011 de 2006 (Compilado en el Decreto 780 de 2016) y ajustadas a las Resoluciones 5095 de 2018 y 1328 de 2021, Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, 408 y 1097 de 2018 y demás normas vigentes, cumpliendo con los ordenamientos legales en materia de calidad y mejoramiento continuo. De la misma forma, se pudo observar en el informe de gestión presentado por la gerencia anterior que, en el año 2023 se realizó la autoevaluación de los estándares de acreditación arrojando como una calificación de 1,23. Teniendo en cuenta estos resultados, se puede decir que la E.S.E ha propendido por la mejora en la adopción del componente, en razón de que el resultado de las autoevaluaciones han

	estado por encima del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018 ( $\geq 1,20$ ), lo cual indica que las acciones implementadas han dado resultado al igual que el compromiso del talento humano y los aliados. La exigencia de este indicador conlleva a la E.S.E a que en cada vigencia se supere la calificación de la autoevaluación con respecto a la vigencia inmediatamente anterior, en concordancia con lo exigido en las resoluciones 2181 de 2008, 0123 de 2012, 408 de 2018, 5095 de 2018, modificada por la Resolución 1328 de 2021, todas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y Decreto 780 de 2016. Vale la pena resaltar que esta gerencia no evidenció los documentos de autoevaluación de la vigencia anterior. Sin embargo, se utilizará como línea de base la calificación registrada en el informe de gestión de la gerencia anterior, el cual fue de 1,23.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>1,23</b>			

Para lograr de manera efectiva este indicador, la gerencia de la E.S.E debe velar por la conformación del comité auto evaluador y la autoevaluación de los estándares de acreditación establecidos en la normatividad vigente (Decreto 780 de 2016, Resolución 5095 de 2018, modificada por la Resolución 1328 de 2021 y demás normas vigentes). Lo anterior, con el fin de garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos en la Resolución 408 y 1097 de 2018.

Adicionalmente, se hace necesario que el gerente de la E.S.E como presidente del comité evaluador de los estándares de acreditación, realice todas las acciones que conlleven a un monitoreo y seguimiento sistemático del proceso de autoevaluación en cada una de las vigencias. De la misma manera, se deben utilizar todas las herramientas establecidas en la normatividad vigente, con el fin de obtener óptimos resultados en el proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación de la Institución.

### 11.1.2. Indicador No. 2. Efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

La E.S.E debe definir mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por el responsable del proceso de calidad o quien haga sus veces, quien tiene que realizar el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los responsables de cada proceso la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

*Tabla 5. Indicador No. 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.*

<b>No. 2 Indicador</b>	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.			
<b>FORMULA</b>	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 auditoría registrados en el PAMEC			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con información que publicó en su página Web la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de los indicadores 2 y 10 del plan de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado - E.S.E, correspondientes a la vigencia 2023, se pudo establecer que la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA logró un resultado de 0,92, toda vez que programó 72 acciones de mejora y ejecutó 66 acciones, cumpliendo con el estándar mínimo requerido en la Resolución 408 de 2018. Por tal razón, la proyección de la calificación para el año 2024 hasta el 2027 será de cinco (5,0), con una línea de base de 0,92.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>&gt;= 0,90</b>	<b>&gt;= 0,90</b>	<b>&gt;= 0,90</b>	<b>&gt;= 0,90</b>	<b>&gt;= 0,90</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,92</b>			



Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia de la E.S.E debe garantizar la adopción e implementación del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, el cual deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), que comprenda como mínimo, los siguientes procesos: 1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemática y cuantitativamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016. 2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Adicionalmente, el recurso humano que labora en el área de calidad de la E.S.E debe recibir el acompañamiento y fortalecimiento sobre el marco normativo vigente y entrenamiento sobre el proceso de auditorías que demanda la implementación del PAMEC, con el fin de que el recurso humano responsable del proceso, realice de manera cualitativa y cuantitativa el proceso de auditoría de manera rigurosa, que conlleve a mejorar la atención al usuario, a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada. Finalmente, la gerencia debe exigir al área responsable los informes sobre el monitoreo y seguimiento sobre la ejecución del PAMEC.

### **11.1.3. Indicador No. 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.**

El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas para lograr el desarrollo institucional en cada una de las áreas de gestión de la E.S.E. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar. En este contexto es importante resaltar que el Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E debe alinearse al Plan de Desarrollo 2024-2027 del Departamento del Atlántico “**ATLÁNTICO PARA EL MUNDO**”.

Tabla 6. Indicador No. 3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

<b>No. 3 Indicador</b>	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.			
<b>FORMULA</b>	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	Para establecer el resultado de este indicador, se hace necesario verificar el informe de la dirección de planeación de la ESE, el cual, debe contener como mínimo: el listado de las metas del plan operativo anual, del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia, objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SÍ/NO). Dentro del informe de gestión presentado por la gerencia anterior no se observó este informe de la vigencia 2023. Sin embargo se evidenció un resultado de cumplimiento del indicador del 90%. Este resultado será la línea de base para este indicador. Por lo anterior, la gerencia actual debe presentar ante la Junta Directiva para su estudio y aprobación el Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 y el Plan Operativo Anual 2024, teniendo en cuenta que estos son de vital importancia para el desarrollo institucional de la Entidad y el cumplimiento de los ordenamientos legales. Posteriormente, la gerencia de la E.S.E debe efectuar todas las actividades que conlleven a la ejecución del PDI y POA y realizar el monitoreo y seguimiento de la ejecución de estos año a año, con el fin de lograr el estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018 y por ende el cumplimiento de la ejecución del Plan de Gestión 2024-2027.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>&gt;=90%</b>	<b>&gt;=0,90</b>	<b>&gt;=0,90</b>	<b>&gt;=0,90</b>	<b>&gt;=0,90</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>90%</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia de la E.S.E debe velar por la formulación, aprobación y adopción del Plan de Desarrollo Institucional – PDI y del Plan Operativo Anual - POA, para el período 2024 – 2028, con el fin de cumplir con la normatividad vigente. El PDI debe alinearse al Plan de Desarrollo del Departamento del Atlántico y contener como mínimo el análisis del contexto externo: factores ambientales, sociales, políticos, económicos y el contexto interno de la institución, y se realiza con un análisis estratégico mediante la matriz DOFA y se identifican las estrategias de acción. De la misma forma, la gerencia debe implementar y desarrollar el POA, para garantizar el monitoreo y seguimiento a la ejecución del PDI, para lograr el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.



De la misma manera, se debe presentar de manera oportuna ante la Junta Directiva este PDI junto con el POA para su estudio y aprobación. Estos planes deben elaborarse en conjunto con el recurso humano que labora en las diferentes áreas de gestión de la E.S.E, con el fin de que cada responsable de proceso aporte la información necesaria e ideas, se familiarice y comprometa de entrada con las actividades y metas establecidas en el PDI. Finalmente, la gerencia debe solicitar al responsable de planeación o Jefe de Control Interno, que realice el monitoreo y seguimiento respectivos de estos planes, para lograr el cumplimiento de todas las actividades contenidas en el PDI. Finalmente, el responsable de la oficina de control interno debe presentar a la gerencia de manera mensual los informes de monitoreo y seguimiento de la ejecución cualitativa y cuantitativa de estos planes.

## **11.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa**

Esta área de gestión orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y al cumplimiento de las obligaciones administrativas, financieras, laborales, contractuales, garantizando siempre los preceptos legales, así mismo se debe cumplir de manera obligatoria con la rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la E.S.E.

### **11.2.1. Indicador No. 4. Riesgo Fiscal y Financiero**

La Ley 1438 de 2011, en su artículo 80 establece: "El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".



En cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 0851 de 2023 “Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones.” La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA fue incluida en el Anexo No. 5 “Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto para la vigencia 2023.”

En la Resolución citada, la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA fue categorizada para la vigencia 2023 “RIESGO ALTO”, Por tal motivo la línea de base para este indicador en “RIESGO ALTO”.

Tabla 7. Indicador No. 4 Riesgo Fiscal y Financiero

No. 4 Indicador	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	<p>La Ley 1438 de 2011, en su artículo 80 establece: "El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".</p> <p>En cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 0851 de 2023 “Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones.” La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA fue incluida en el Anexo No. 5 “Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto para la vigencia 2023.”</p> <p>La E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA fue categorizada para la vigencia 2023 “RIESGO ALTO”, Por tal motivo la línea de base para este indicador en “RIESGO ALTO”.</p>			
ESTÁNDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN			
	2024	2025	2026	2027
ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO
Proyección de la Calificación	5	5	5	5

La gerencia de la E.S.E UNA dará aplicación estricta a lo ordenado en la normatividad vigente (Ley 1438 de 2011, Decreto 1068 de 2015, Ley 1966 de 2019, Decreto 058 de 2020 y demás normas vigentes que regulan la adopción y ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado. Para lo anterior, debe cumplir con el reporte oportuno y preciso de la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado, con el fin de garantizar el proceso de categorización que debe efectuar anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social

De la misma manera, la gerencia realizará un monitoreo y seguimiento permanente (mensualmente), con el fin de revisar sistemáticamente el comportamiento de los indicadores de equilibrio y eficiencia financiera, con el fin de ejecutar en debida forma el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para establecer la solidez económica y financiera de la E.S.E que le permita en el futuro obtener la calificación sin riesgo de la E.S.E, evitando la obligación de adopción de un nuevo programa de saneamiento fiscal y financiero, y posibles investigaciones por parte de los organismos de vigilancia y control.

Todo lo anterior, con el fin de restablecer la solvencia económica y financiera de la E.S.E, evitando de esta manera una posible intervención para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **11.2.2. Indicador No. 5. Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo producida.**

Este indicador establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales. Esto es, obliga a los gerentes de las Empresa Sociales del Estado a ser eficientes en la operación de la institución.

Tabla 8. Indicador No. 5 Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.

<b>No. 5 Indicador</b>	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida.			
<b>FORMULA</b>	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)].			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	Se pudo verificar en los Estados Financieros de la E.S.E con corte a 31 de diciembre de 2023 y corroborado en la plataforma del Sistema de Información Hospitalaria - SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social que la E.S.E en la vigencia 2023, incurrió en un Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR de \$12.811,84, frente a un gasto por el mismo concepto en la vigencia 2022 de \$ 16.823,29, arrojando un resultado de 0,76. Por lo anterior, la línea de base será de 0,76.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>&lt;0,90</b>	<b>&lt;0,90</b>	<b>&lt;0,90</b>	<b>&lt;0,90</b>	<b>&lt;0,90</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,76</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe garantizar el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018, teniendo en cuenta que a través de este indicador se busca la eficiencia de la gestión de los gerentes de las E.S.E, para lo cual se debe realizar el monitoreo y seguimiento de los costos y gastos, comparados con la producción total de los servicios de salud de la E.S.E de una vigencia. Este es uno de los indicadores que impacta el comportamiento del equilibrio económico y financiero. Por lo anterior, la gerencia debe efectuar el seguimiento mensual sobre el comportamiento de los costos y gastos versus la producción de la E.S.E, con el fin de conocer el resultado de este indicador y tomar las medidas de manera oportuna, con el fin de garantizar al final de cada vigencia el resultado proyectado.

Adicionalmente, se hace necesario que la gerencia junto con todo el equipo de colaboradores, adopten las estrategias para disminuir los gastos de operación comercial en cada una de las vigencias e incrementar la producción de la E.S.E, es decir sin incrementar

sus gastos y costos de operación, se logre el mejoramiento de la producción de servicios. La calificación proyectada se logrará cuando el resultado de aplicar la fórmula del indicador, esta resulte menor o de 0,90.

**11.2.3. Indicador No. 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras. a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.**

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

*Tabla 9. Indicador No. 6 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 y c) Compras a través de mecanismos electrónicos.*

<b>No. 6 Indicador</b>	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 y c) Compras a través de mecanismos electrónicos.			
<b>FORMULA</b>	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de E.S.E, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	No fue posible evidenciar los soportes que pudieran permitir a la gerencia actual determinar el porcentaje de las compras mediante cualquiera de los tres (3) mecanismos establecidos en el Artículo 76 de la Ley 1438 de 2011 e indicador No. 6 de la Resolución 408 de 2018. Solamente se observó en la ficha técnica publicada en la página Web del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social que la E.S.E realizó un total de compras de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2023 por valor de \$ 29.153.891.395. Por tal razón la línea de base para el presente plan será de cero (0).			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>&gt;= 0,70</b>	<b>&gt;= 0,51</b>	<b>&gt;= 0,70</b>	<b>&gt;= 0,70</b>	<b>&gt;= 0,70</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0%</b>			



Para lograr el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia y todo su equipo de colaboradores le den cumplimiento a lo sugerido en el artículo 76 de la Ley 1438 de 2011, el cual a la letra dice:

Artículo 76. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la Junta Directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

**11.2.4. Indicador No. 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.**

Este indicador mide el grado de cumplimiento de la Institución en el pago de sus obligaciones laborales, comparando los valores adeudados en la vigencia anterior, con los de la vigencia objeto de evaluación. Por tal motivo, obliga a los gerentes de las E.S.E a ser organizados en la administración de los recursos, buscando con esto que los ingresos por ventas de servicios y otros ingresos de la E.S.E superen a los gastos comprometidos en una vigencia.

*Tabla 10. Indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.*

<b>No. 7 Indicador</b>	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.
<b>FORMULA</b>	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).

<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	Se debe determinar en los Estados Financieros de la E.S.E, debidamente certificados por el Contador de la vigencia 2023, el valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, así como también la deuda por el mismo concepto de la vigencia 2022, con el fin de determinar la variación interanual entre esos dos (2) años.			
	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia, se observó que la E.S.E UNA presentó variación interanual negativa de deuda por concepto de nómina y personal contratado mediante prestación de servicios, presenta un decrecimiento a diciembre de 2023 con respecto a la vigencia 2022 en -\$93.487.325. Por tal razón la línea de base para el proyecto del plan de gestión 2024-2028 será variación interanual negativa. Vale la pena resaltar que se observó la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>Cero (0) o variación negativa</b>	<b>Cero (\$0)</b>	<b>Cero (\$0)</b>	<b>Cero (\$0)</b>	<b>Cero (\$0)</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>Variación negativa</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, gerencia debe velar por el monitoreo y seguimiento de este indicador, para lograr cumplir con sus obligaciones laborales corrientes y no corrientes, con el fin de cumplir con el estándar mínimo de este indicador. De no lograr el cumplimiento, puede conllevar a la E.S.E demandas innecesarias en contra de la Institución.

Adicionalmente, la E.S.E deberá realizar todos los esfuerzos que conlleven al pago de la deuda por concepto de salarios y honorarios durante la vigencia 2024, con el fin de mantener el valor de la deuda a cero (\$0), logrando de esta manera una calificación de cinco (5). Adicionalmente a esto, se trabajará para no incrementar el gasto por concepto de salarios y honorarios, a menos que la entidad lo requiera.

#### **11.2.5. Indicador No. 8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones de Servicios (RIPS).**

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y

estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000, modificada por la Resolución 1531 de 2014.

Los RIPS proveen los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la E.S.E continúa realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

Tabla 11. Indicador No. 8 Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).

No. 8 Indicador	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS).			
<b>FORMULA</b>	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la E.S.E presentados a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.			
<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con información entregada por el equipo de gerencia, se pudo establecer que la gerencia anterior presentó cuatro (4) informes de RIPS contenidos en las actas de Junta Directiva de la vigencia 2023. Evidenciándose que el primer informe de RIPS se presentó el día 28 de febrero de 2023, aprobado mediante Acta de No. 010 de la misma fecha, el segundo informe de RIPS se presentó en Junta del día 25 de abril de 2023, aprobado mediante Acta de No. 011 de la misma fecha. Finalmente, se observó una presentación del tercer y cuarto Informe de RIPS presentados en Junta Directiva del día 30 de octubre del 2023, aprobados mediante Acta de No.018 de la misma fecha. Vale la pena resaltar que no se pudo evidenciar el informe del responsable de planeación o quien haga sus veces sobre el cumplimiento de este indicador. Por lo anterior, la línea de base será cuatro (4) informes de RIPS.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	2024	2025	2026	2027
4	4	4	4	4
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>Cuatro (4) Informes</b>			



Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, y presentar por lo menos cuatro (4) informes de RIPS dentro de cada una de las vigencias objeto de evaluación, teniendo en cuenta que los RIPS proveen los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo, es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios, convirtiéndose en un insumo fundamental para la toma de decisiones por parte de la alta gerencia. Por lo anterior, la gerencia debe exigir a la Subdirección Científica el monitoreo y seguimiento continuo sobre el comportamiento de los RIPS y la proyección técnica de los informes para su oportuna presentación ante la Junta Directiva.

#### 11.2.6. Indicador No. 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores. El indicador permite calcular la capacidad de operación de la E.S.E en lo que respecta sus gastos frente a sus ingresos efectivamente recaudados. Este indicador obliga a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado a realizar una planeación adecuada de los ingresos efectivamente recaudados versus los gastos comprometidos en una vigencia.

Tabla 12. Indicador No. 9 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

No. 9 Indicador	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).
OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL	Se observó en la ficha técnica de la página del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO que durante la vigencia 2023 el resultado final del equilibrio presupuestal con recaudo fue de 0,63, incumpliendo con el estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018 (Indicador 9 Anexo 2). Es importante realizar seguimiento a los gastos operativos y de producción comercial de prestación de servicios de salud, así como incrementar las acciones de cobro necesarias que le permitan a la gerencia recuperar la cartera de la E.S.E y aumentar el flujo de caja para cubrir los gastos mensuales

	y lograr el equilibrio presupuestal con recaudo. El incumplimiento de este indicador conlleva a que la E.S.E no logre cubrir la totalidad de los compromisos adquiridos en cada vigencia, generando unos pasivos importantes que comprometen de sobremanera su situación fiscal y financiera, como fue en el caso de la vigencia 2023, en la cual la E.S.E solamente pudo cubrir el 63% de los compromisos adquiridos, generando un nuevo pasivo de 37%. Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 0,63			
ESTÁNDAR PROPUESTO	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>&gt;=1,00</b>	<b>&gt;=1,00</b>	<b>&gt;=1,00</b>	<b>&gt;=1,00</b>	<b>&gt;=1,00</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,63</b>			

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a que le permite calcular la capacidad de operación de la E.S.E en lo que respecta sus gastos frente a sus ingresos efectivamente recaudados. Por lo anterior, la gerencia debe garantizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de mantener el equilibrio entre los gastos y los ingresos efectivamente recaudados. Lo anterior teniendo en cuenta que la gerencia anterior no logró el cumplimiento del estándar mínimo.

Para lograr seguir cumpliendo este indicador, se hace necesario implementar medidas de planeación y de control en el gasto, así como de incremento de los ingresos recaudados, con el fin de garantizar que estos ingresos superen a los gastos totales comprometidos en cada vigencia, para que la Institución cuente con los recursos suficientes para cumplir con los compromisos adquiridos con los proveedores. Para lo anterior, la gerencia realizará mesas de trabajo de manera mensual con el área financiera, contable y presupuestal, para conocer el comportamiento de este indicador, situación que permitirá la toma de decisiones oportunas que mitiguen el riesgo de que los gastos superen los ingresos efectivamente recaudados en cada vigencia.

**11.2.7. Indicador No. 10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.**

Este indicador facilita las acciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en razón de que obliga a los vigilados a reportar información relacionada con indicadores administrativos, de calidad, financieros y operativos ante la Superintendencia Nacional de Salud. De la misma forma se convierte en una mecanismo de control para la gerencia de la E.S.E en lo que respecta al cumplimiento de los ordenamientos legales en materia de reporte de información a los Entes de vigilancia y Control del Estado, previniendo de esta forma las sanciones contenidas en la normatividad vigente.

*Tabla 13. Indicador No. 10 Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.*

<b>No .10 Indicador</b>	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.			
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.			
<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con información que publicó en su página Web la Superintendencia Nacional de Salud sobre el cumplimiento de los indicadores 2 y 10 del plan de gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado - E.S.E, correspondientes a la vigencia 2023, se pudo establecer que la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO – UNA NO cumplió con los reportes exigidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, incumpliendo con el estándar mínimo requerido en la Resolución 408 de 2018. Por tal razón, la línea de base para este indicador será incumplimiento de los términos previstos. la proyección de la calificación para el año 2024 será incumplimiento, en razón de que seguramente este indicador se incumplió por parte de la gerencia anterior en el primer trimestre de 2024, a partir del año 2025, hasta el año 2027 se proyecta una calificación de cinco (5).			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Incumplimiento	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
Proyección de la Calificación	0	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>Incumplimiento</b>			



Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia deberá propender por la implementación de un cronograma normativo de acuerdo con lo ordenado en la Circular Única de la Supersalud, situación que conllevará a prevenir a la gerencia actual a investigaciones administrativas y disciplinarias, debido a que el reporte oportuno de la información exigida en la Circular Única de la Supersalud facilita el proceso de inspección, vigilancia y control por parte de esta.

De la misma forma, se debe efectuar capacitaciones permanentes al recurso humano de la E.S.E sobre el cronograma de reportes ante los diferentes Entes de Inspección, Vigilancia y Control del Estado y se hace necesario que la gerencia realice el monitoreo y seguimiento periódico, con el fin de que cada responsable de los reportes exigidos en la Circular Única, y a partir de la fecha, se garantice el cumplimiento de estos reportes. De la misma manera, el funcionario responsable de la Oficina de Control Interno debe realizar el acompañamiento, monitoreo y seguimiento permanente y mantenga informada a la gerencia sobre el cumplimiento de este indicador.

**11.2.8. Indicador No. 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.**

Con relación a este indicador la E.S.E debe cumplir con la calidad de los datos y los plazos establecidos en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016. Lo anterior se hace necesario, toda vez que el incumplimiento de este indicador o el reporte impreciso o inconsistente conllevaría a que el Ministerio de Salud y Protección Social categorice a la E.S.E en RIESGO ALTO. Lo anterior, obligaría a la E.S.E a adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero o en el peor de los casos a una posible intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 14. Indicador No. 11 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.

<b>No. 11 Indicador</b>	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.			
<b>FORMULA</b>	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	Se observó que en la vigencia 2023 la E.S.E reportó la información dentro de los plazos establecidos en la ley presentó los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Información Hospitalaria – SIHO.  Por lo anterior, se calculó la línea de base de este indicador será de cumplimiento dentro de los términos previstos de lo exigido en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia deberá propender por el cumplimiento de lo ordenado en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, evitando incurrir en conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.

Al igual que en el indicador anterior, la gerencia debe implementar el cronograma de reportes ante los diferentes Entes de Inspección, Vigilancia y Control del Estado y se hace necesario la capacitación permanente hacia todo el recurso humano que permita que cada responsable de los reportes exigidos en la normatividad vigente, sean conocidos por estos y a partir de la fecha, se inicie con el cumplimiento de estos. De la misma manera, el funcionario responsable de la Oficina de Control Interno realice el acompañamiento, monitoreo y



seguimiento permanente y mantenga informada a la gerencia sobre el cumplimiento de este indicador.

### **11.3. Área de Gestión Clínica o Asistencial**

#### **11.3.1. Indicador No. 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.**

Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal. Es una alteración de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. De la misma manera, se constituye en una causa importante de mortalidad materna las hemorragias causadas por estos trastornos, en especial en el tercer trimestre del embarazo.

El objetivo principal de este indicador es poder diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, evitando las complicaciones que conlleven a hemorragias en las gestantes.

Lo anterior garantiza el cuidado que se debe proporcionar por parte del equipo de salud de la E.S.E a las mujeres que están en embarazo, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y al bebé durante la gestación y posteriormente, una óptima atención del parto.

Asimismo, se hace necesario que la gerencia continúe realizando el monitoreo y seguimiento de la conformación, vigencia y operación de los Comités de Historias Clínicas de la E.S.E y a través de estos, se logre controlar la prestación de los servicios a esta población gestante.

*Tabla 15. Indicador No. 12 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.*

<b>No. 12 Indicador</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.			
<b>FORMULA</b>	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia, se pudo observar que para la vigencia 2023, el resultado del indicador fue de 0,87. Este resultado se observó en el soporte de la fuente de información exigido en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador).  Por lo anterior, se establecerá una línea de base de 0,87.			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,87</b>			

Para lograr con el cumplimiento de este indicador, la gerencia deberá propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el diagnóstico de hemorragias y trastornos hipertensivos en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

De la misma manera, la E.S.E debe propender por la priorización efectiva de las dos patologías que determina el indicador, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de los periodos objeto de evaluación. Por lo anterior, la subgerencia científica de la ESE, junto con el equipo de ginecólogos y auditores concurrentes del servicio de Ginecobstetricia deberán definir la pertinencia de la evaluación de los trastornos hipertensivos en gestantes, en razón de que estos se consideran como una patología de alto riesgo para las gestantes con una alta incidencia y riesgo de mortalidad en las maternas unida a la hemorragia del III trimestre del



embarazo. Finalmente, la gerencia debe garantizar la adherencia a la Guía de Hipertensión Inducida por el embarazo, la cual fue adoptada por la E.S.E mediante la Resolución No 0024 del 17 de enero de 2022 y se estableció en el instrumento de evaluación los criterios priorizados por los médicos y especialistas de los diferentes servicios y sedes.

**11.3.2. Indicador No. 13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.**

La gerencia deberá propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

*Tabla 16. Indicador No. 13 Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.*

<b>No. 13 Indicador</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
<b>FORMULA</b>	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.
<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia, se pudo observar que para la vigencia 2023, el resultado del indicador fue de 0,80. Este resultado se observó en el soporte de la fuente de información exigido en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador).

	El equipo de gerencia informó que de acuerdo con la información que se encuentra en el sistema de información de la E.S.E, la primera causa de morbilidad institucional incluyendo todas las sedes en el año 2023 es N390-INFECCION DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO, tanto en el área ambulatoria como en la hospitalaria, para lo cual se realizó la respectiva adopción de guía y el instrumento para medir su adherencia por parte del personal asistencial en los diferentes servicios. A continuación, se observa los resultados de la medición de la adherencia.			
	Por lo anterior, conlleva a establecer una línea de base de 0,80			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>	<b>≥ 0,8</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,80</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en especial para medir y controlar el indicador del diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. De la misma forma, se debe mantener un responsable de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador. Finalmente, la gerencia debe exigir a la Subdirección Científica los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.

### 11.3.3. Indicador No. 14. Oportunidad en la realización de apendicectomía.

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento de la oportunidad en la realización de apendicectomía en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos



institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 17. Indicador No. 14 Oportunidad en la realización de apendicectomía.

<b>No. 14 Indicador</b>	Oportunidad en la realización de apendicectomía.			
<b>FORMULA</b>	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES SITUACIÓN ACTUAL</b>	<p>De acuerdo con información entregada por el equipo de gerencia, se pudo establecer que durante el año 2023 se realizaron en la E.S.E UNA ciento sesenta (160) procedimientos de apendicetomía, de los cuales 145 se realizaron durante las primeras 6 horas posteriores al diagnóstico definitivo, lo cual arroja un porcentaje de cumplimiento del 90,65; este resultado se considera satisfactorio acorde con lo establecido por la Resolución 408 de 2018, de acuerdo con la base de datos de los pacientes realizados y en anexo del informe presentado por la gerencia anterior; en el que se establece la fecha , hora del diagnóstico y hora de realización del procedimiento del mes de enero como muestra del instrumento que se utiliza para evaluar la oportunidad de la realización de la apendicetomía y que es aplicado mensualmente a todas las historias de egreso con el diagnostico de apendicitis aguda+ apendicetomía. Lo anterior, refleja que la E.S.E cumplió con lo ordenado en las normas vigentes, en lo que respecta a la conformación y operación de los Comités de Historias Clínicas. Vale la pena resaltar que, no se evidenció la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador).</p> <p>Por lo anterior, se estableció una línea de base de acuerdo con el resultado de la vigencia 2023 de 90,65.</p>			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>90,65</b>			

Al igual que el indicador anterior, la gerencia debe garantizar el cumplimiento de este indicador, para lo cual, debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en especial para medir y controlar el indicador de oportunidad en la realización de apendicectomía. De la misma forma, se debe mantener un responsable de



realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador. Finalmente, la gerencia debe exigir a la Subdirección científica los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.

#### **11.3.4. Indicador No. 15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.**

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento del indicador de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

*Tabla 18. Indicador No. 15 Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.*

<b>No. 15 Indicador</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.
<b>FORMULA</b>	$\frac{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación}} - \frac{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior}}{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior}}$

<b>OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia, se pudo evidenciar que durante la vigencia 2023 no se evidenció casos de neumonía bronco-aspirativa en paciente pediátrico en la sede pediátrica de la E.S.E UNA. Es de anotar que el resultado del año inmediatamente anterior demuestra una variación de cero casos, por lo que se califica el indicador con meta cumplida. Este resultado se evidenció en la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador).			
	Por lo anterior, conlleva a establecer una línea de base para el proyecto del plan de gestión de variación cero (0).			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>Cero (0) o Variación Negativa</b>	<b>Cero (0)</b>	<b>Cero (0)</b>	<b>Cero (0)</b>	<b>Cero (0)</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>Cero (0)</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por exigir al referente y/o equipo institucional el monitoreo y seguimiento permanente de este indicador, con el fin de adoptar medidas oportunas que conlleven a controlar la presentación de casos de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas y mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas. De la misma forma, se deben realizar las mesas de trabajo con el personal asistencial, con el fin de socializar las políticas, decisiones y medidas para prevenir que se presenten este tipo de casos en la E.S.E, con el fin de evitar desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.

### **11.3.5. Indicador No. 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).**

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento del indicador de Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del

estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

*Tabla 19. Indicador No. 16 Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).*

<b>No. 16 Indicador</b>	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).			
<b>FORMULA</b>	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia, se pudo evidenciar que durante la vigencia 2023 que la E.S.E cumplió con lo ordenado en las normas vigentes, en lo que respecta a la conformación y operación de los Comités de Historias Clínicas. De la misma manera, se pudo observar en la información entregada por el equipo de gerencia que la E.S.E viene garantizando la aplicación estricta de la guía de manejo específica, evidenciándose que el resultado de este indicador en la vigencia 2023 fue de 1,00, dejando ver el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018. Este resultado se evidenció en la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador).  Por lo anterior, conlleva a establecer una línea de base de 1,00			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
<b>Proyección de la Calificación</b>	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>1,00</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en especial para medir y controlar el indicador oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de



Infarto Agudo de Miocardio (IAM). De la misma forma, se debe propender por garantizar la adherencia estricta de la guía de manejo específica y por mantener un responsable de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.

Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador. De la misma manera, se solicitará informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas.

### 11.3.6. Indicador No. 17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria.

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento del indicador de análisis de mortalidad intrahospitalaria en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 20. Indicador No. 17 Análisis de mortalidad intrahospitalaria.

<b>No. 17 Indicador</b>	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.
<b>FORMULA</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con información entregada por el equipo de gerencia, se pudo establecer que la E.S.E cumplió con lo ordenado en las normas vigentes, en lo que respecta a la conformación y operación de los Comités de Historias Clínicas. Por lo anterior, se estableció que en la vigencia 2023 este indicador arrojó un resultado 1,00, observándose que la gerencia anterior cumplió con el estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018. Este resultado se evidenció en la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408

	de 2018 (Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador).			
	Por lo anterior, conlleva a establecer una línea de base de 1,0			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>	<b>≥ 0,9</b>
<b>Proyección de la Calificación</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>1,00</b>			

Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en especial para medir y controlar el indicador análisis de mortalidad intrahospitalaria. De la misma forma, se debe mantener un referente y/o equipo institucional que se encargue de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.

Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador. De la misma manera, se solicitará informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas.

Finalmente, la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe continuar con los esfuerzos que permitan mantener el 100% de seguimiento a los casos de mortalidad, presentados con estancia mayor a 48 horas, para desarrollar su filosofía de seguimiento y mejoramiento a los procesos que involucran la atención al usuario, teniendo en cuenta la complejidad de la Institución y las condiciones clínicas con las que ingresa el paciente. De la misma manera, Comité de Mortalidad de la Institución deberá mensualmente presentar a la gerencia el análisis de la estadística relacionada con la mortalidad institucional, esto con el fin de analizar y dar seguimiento al comportamiento de este indicador por servicio, por diagnóstico, etc., así

mismo se debe realizar el comparativo mes por mes, con el fin de implementar acciones de mejora que conlleven a cerrar las brechas que originaron las desviaciones.

### 11.3.7. Indicador No. 18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población infantil y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 21. Indicador No. 18 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.

No. 18 Indicador	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.			
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL	Para determinar la línea de base de este indicador, fue necesario recurrir a la fuente de información establecida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social), en la cual se observó que la E.S.E arrojó una oportunidad de 1,138 días para la asignación de citas de pediatría.  Por lo anterior, conlleva a establecer una línea de base de 1,138 días.			
ESTÁNDAR PROPUESTO	LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN			
	2024	2025	2026	2027
≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
LÍNEA BASE	1,138 días			

Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y



seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de pediatría. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.

De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.

De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud.

#### **11.3.8. Indicador No. 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.**

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población de mujeres fértil y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos

institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 22. Indicador No. 19 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.

<b>No. 19 Indicador</b>	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.			
<b>FORMULA</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	Para determinar la línea de base de este indicador, fue necesario recurrir a la fuente de información establecida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social), en la cual se observó que la E.S.E arrojó una oportunidad de 1,429 días para la asignación de citas de obstetricia.  Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 1,429 días			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$	$\leq 8$
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>1,429 Días</b>			

Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de obstetricia. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.

De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.

De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud.

### 11.3.9. Indicador No. 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población usuaria de la E.S.E y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 23. Indicador No. 20 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

No. 20 Indicador	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.			
<b>FORMULA</b>	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	Para determinar la línea de base de este indicador, fue necesario recurrir a la fuente de información establecida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social), en la cual se observó que la E.S.E arrojó una oportunidad de 0,909 días para la asignación de citas de medicina interna			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN			
	2024	2025	2026	2027
≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,909 Días</b>			



Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de medicina interna. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.

De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.

De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud.

### **11.3.10. Indicador No. 27. Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.**

Este indicador es de suma importancia, toda vez que permite a la Institución Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones. Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades. Detectar cambios en las prácticas de salud.

El conocimiento epidemiológico sobre las enfermedades permite clasificarlas y obtener una medida de su importancia y posibilidad de prevención. El conocimiento de la historia natural de una enfermedad nos permite prevenir y, por tanto, la posibilidad de intervenir efectivamente sobre ella.

Tabla 24. Indicador No. 27 Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE

<b>No. 27 Indicador</b>	Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE			
<b>FORMULA</b>	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia objeto de evaluación.			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia de la E.S.E, se pudo observar que para el año 2023 las tres primeras causas fueron: Esquizofrenia Paranoide Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos de uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias, otros trastornos afectivos bipolares esquizofrenia sobre las cuales se ha trabajado el presente indicador producto de este análisis se establece mes a mes las tres primeras causas de morbilidad de salud mental. De la misma manera, se observó en dicha información que el resultado del indicador con corte a diciembre 31 de 2023 fue de 0,86. Este resultado fue posible evidenciarlo en la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador).			
	Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 0,86			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
<b>Proyección de la Calificación</b>	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	0,86			

Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en conjunto con el referente y/o equipo institucional, en especial para medir y controlar el indicador de evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de



la E.S.E. De la misma forma, se debe mantener un referente institucional que se encargue de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.

Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador. De la misma manera, se solicitará informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas.

Finalmente, la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe continuar con los esfuerzos que permitan mantener el resultado del indicador superior a 80% de la adherencia de la guía de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad, para desarrollar su filosofía de seguimiento y mejoramiento a los procesos que involucran la atención al usuario, teniendo en cuenta la complejidad de la Institución y las condiciones clínicas con las que ingresa el paciente. De la misma manera, el Comité de Historias Clínicas deberá mensualmente presentar a la gerencia el análisis de la estadística relacionada con la morbilidad institucional, esto con el fin de analizar y dar seguimiento al comportamiento de este indicador por servicio, por diagnóstico, etc., así mismo se debe realizar el comparativo mes por mes, con el fin de implementar acciones de mejora que conlleven a cerrar las brechas que originaron las desviaciones.

#### **11.3.11. Indicador No. 28. Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE**

Este indicador impacta la política de seguridad de los pacientes; convirtiéndose en una medida cuantitativa que se utiliza como principio fundamental en la atención sanitaria, para la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud. El gran objetivo de la seguridad del paciente es REDUCIR EL DAÑO y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana.

La fuga de un paciente de cualquier Servicio es una atención insegura por tal razón debe ser notificado mediante el sistema de notificación de atenciones inseguras al programa de seguridad del paciente. El personal de vigilancia es clave en la prevención de fugas de pacientes por lo que se debe manejar adecuada comunicación con el personal de salud y los pacientes.

Tabla 25. Indicador No. 28 Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE

<b>No. 28 Indicador</b>	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE			
<b>FORMULA</b>	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas en la vigencia objeto de evaluación			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia de la E.S.E, se pudo observar que para el año 2023 que el resultado del indicador con corte a diciembre 31 de 2023 fue de 1,00. Este resultado fue posible evidenciarlo en la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe conjunto del comité de historias clínicas y del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de fuga en pacientes hospitalizados, listado de pacientes con registro de fuga del servicio de hospitalización, con información sobre el cumplimiento o no de la guía y aplicación de la fórmula del indicador).  Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 1,00			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>1,00</b>			

Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en conjunto con el referente y/o equipo institucional, en especial para medir y controlar el indicador de Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la E.S.E. De la misma forma, se debe exigir al referente institucional que se encargue de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.



Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador, así como también solicitar los informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas en conjunto con el referente y/o equipo institucional.

Finalmente, la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe continuar con los esfuerzos que permitan mantener el resultado del indicador superior a 80% de la adherencia de la guía de manejo para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la E.S.E, para desarrollar su filosofía de seguimiento y mejoramiento a los procesos que involucran la atención al usuario, teniendo en cuenta la complejidad de la Institución y las condiciones clínicas con las que ingresa el paciente. De la misma manera, Comité de Historias Clínicas deberá mensualmente presentar a la gerencia el análisis de la estadística relacionada con la morbilidad institucional, esto con el fin de analizar y dar seguimiento al comportamiento de este indicador por servicio, por diagnóstico, etc., así mismo se debe realizar el comparativo mes por mes, con el fin de implementar acciones de mejora que conlleven a cerrar las brechas que originaron las desviaciones.

Finalmente, un factor clave para prevenir este tipo de eventos adversos es el de propender por realizar campañas de educación hacia los pacientes y las familias de estos sobre la importancia de permanecer en el servicio para poder culminar de manera adecuada su atención y explicar riesgos que puede tener al estar fuera de la institución de salud sin un tratamiento adecuado.

### **11.3.12. Indicador No. 29. Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)**

Este indicador impacta la política de seguridad de los pacientes; convirtiéndose en una medida cuantitativa que se utiliza como principio fundamental en la atención sanitaria, para la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud. El gran



objetivo de la seguridad del paciente es REDUCIR EL DAÑO y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana.

El suicidio de un paciente de cualquier servicio puede darse por una atención insegura, por tal razón debe ser notificado mediante el sistema de notificación de atenciones inseguras al programa de seguridad del paciente. Todo el recurso humano asistencia, operativo y vigilancia de la E.S.E es clave en la prevención de suicidios de pacientes por lo que se debe manejar adecuada comunicación con el personal de salud y los pacientes.

Tabla 26. Indicador No. 29 Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)

<b>No. 29 Indicador</b>	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)			
<b>FORMULA</b>	Número de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación, a quienes se les aplicó estrictamente la guía para prevención de suicidios adoptada por la entidad / Total historias clínicas de pacientes que registraron intento de suicidio en la vigencia objeto de evaluación			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia de la E.S.E, se pudo observar que para el año 2023 que el resultado del indicador con corte a diciembre 31 de 2023 fue de 0,88. Sin embargo, no fue posible evidenciar la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe conjunto del comité de historias clínicas y del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de suicidios en pacientes tratados en la ESE ambulatorios y hospitalarios, listado de pacientes tratados en la ESE con intento de suicidio, con información sobre el cumplimiento estricto o no de la guía y aplicación de la fórmula del indicador).  Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 0,88			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>
$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
<b>Proyección de la Calificación</b>	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	<b>0,88</b>			

Para lograr el cumplimiento de este indicador, se hace necesario implementar en la E.S.E campañas de educación hacia la familia y al paciente sobre la importancia de permanecer en el servicio para poder culminar de manera adecuada su atención y explicar riesgos que puede tener al estar fuera de la institución de salud sin un tratamiento adecuado.

De la misma manera, es muy importante la implementación de medidas de prevención y los procesos y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo de suicidio en la población demandante de los servicios en la Institución. Además, se deben identificar desde el ingreso de los pacientes todos aquellos que ingresen con diagnóstico de Intento o ideación suicida, con el fin de aplicarles de forma estricta la guía y protocolo de atención, mitigando de esta

manera la ocurrencia de eventos de suicidas dentro de la institución o en su domicilio una vez el paciente egrese.

### 11.3.13. Indicador No. 30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica

La gerencia debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población usuaria de la E.S.E y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.

Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.

Tabla 27. Indicador No. 30 Oportunidad en la consulta psiquiátrica

No. 30 Indicador	Oportunidad en la consulta psiquiátrica			
<b>FORMULA</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de psiquiatría y la fecha para la cual es asignada la cita, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución en la vigencia objeto de evaluación			
<b>OBSERVACIONES Y/O SITUACIÓN ACTUAL</b>	De acuerdo con la información entregada por el equipo de gerencia de la E.S.E, se pudo observar que para el año 2023 que el resultado del indicador con corte a diciembre 31 de 2023 fue de 2,94. Sin embargo, no fue posible evidenciar la fuente de información exigida en la columna G del Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018 (Informe de subgerencia científica o quien haga sus veces que como mínimo contenga fuente de información y aplicación de la fórmula del indicador).  Por lo anterior, la línea de base para este indicador es de 2,94			
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	LOGROS PARA LAS VIGENCIAS DE GESTIÓN			
	2024	2025	2026	2027
≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10
Proyección de la Calificación	5	5	5	5
<b>LÍNEA BASE</b>	2,94			



Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de psiquiatría. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.

De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.

De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, se hace de trascendental importancia el seguimiento de los indicadores de oportunidad y el acceso a los servicios de salud para garantizar la calidad en la prestación de los servicios en la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA, teniendo en cuenta la relevancia e importancia del seguimiento a la oportunidad de la consulta externa,

Finalmente, la gerencia debe propender por mantener actualizado el Software Dinámica, en busca de contar con la información segura y confiable, en razón de que, esta información es el insumo para realizar la formulación, calculo y control del indicador.

## 12.MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES

La Tabla 28, se ajusta a la metodología establecida en la Resolución 710 de 2012 y refleja los compromisos que el Gerente establece ante la Junta Directiva de la E.S.E UNA, los cuales deben contener, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial y las metas, así como los 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 Salud y Protección Social, que sin ir en contravía de la planeación general de la empresa, se constituye en un documento independiente, cuyo cumplimiento se debe medir a través de los indicadores definidos en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 408 de 2018.

Tabla 28. Matriz de compromisos, logros y actividades

MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES				
PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028				
ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	<p>La gerencia de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA, propenderá por efectuar de manera juiciosa el ejercicio de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente, a través del cumplimiento de estándares óptimos y factibles de alcanzar, en concordancia con lo ordenado en la normatividad vigente.</p> <p>La E.S.E caminará hacia la acreditación en salud para obtener el reconocimiento de la Institución por la oferta de servicios de salud seguros y de alta calidad. Es por esto, que en estos cuatro (4) años la gerencia realizará todas las actividades que permitan la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Operativizar el Comité autoevaluador de la E.S.E UNA</li> <li>✓ Elaborar anualmente el plan de acción para la autoevaluación con estándares de acreditación, acorde con la Resolución 123 de 2012, Decreto No. 903 de 2014, Decreto 780 de 2016, Resolución 5095 de 2018 (Por el cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1") y demás normas complementarias.</li> <li>✓ Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora</li> <li>✓ Realizar la calificación acorde con la metodología establecida en la Resolución 123 de 2012, Decreto No. 903 de 2014, Decreto 780 de 2016, Resolución 5095 de 2018 (Por el cual</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			implementación de buenas prácticas y afianzar la competitividad de la E.S.E.	<p>se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1") y demás normas complementarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen</li> <li>✓ Acompañar al equipo de autoevaluación en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.</li> <li>✓ Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados.</li> <li>✓ Desarrollar el proceso de autoevaluación aplicando la metodología y herramientas establecidas en las Realizar seguimiento permanente a los planes de mejoramiento.</li> <li>✓ Realizar mesas de trabajo entre la gerencia, comité evaluador y todos los responsables de procesos, con el fin de realizar el seguimiento continuo sobre los resultados del proceso de autoevaluación, para la toma de decisiones.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	2	Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	<p>La gerencia de la E.S.E UNA realizará todos los esfuerzos para dar cumplimiento a los ordenamientos legales, con el fin de implementar un proceso de auditoría que tiene como objetivo mejorar la atención de los pacientes a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada, compuesto por actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.</p> <p>Para lo anterior, la gerencia definirá previamente el alcance del PAMEC, para lo cual se debe tener como insumo el análisis del resultado de las auditorías internas, auditorías externas, gestión de comités institucionales, resultado escucha de la voz del cliente y el resultado de indicadores institucionales y de calidad, de la vigencia inmediatamente anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dando cumplimiento a la normatividad vigente, se definirán las acciones de mejoramiento para los hallazgos o incumplimientos detectados en las auditorías realizadas a los procesos priorizados.</li> <li>Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas.</li> <li>✓ Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento.</li> <li>✓ Realizar el seguimiento sobre el cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</li> <li>✓ Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</li> <li>✓ Generar estrategias de control y participación con los colaboradores para el cumplimiento de actividades. Generar apoyo en los diferentes procesos a fin de consolidar el cumplimiento a planes de mejoramiento.</li> <li>✓ Continuar con las actividades de estímulo al grupo de trabajo que en cada ciclo presente el mayor cumplimiento del plan formulado.</li> <li>✓ Realizar seguimiento al diligenciamiento de los indicadores de cada uno de los estándares. Socializar los resultados de la Auditoria, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.</li> <li>✓ Monitorear a través de los Indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.</li> <li>✓ Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	<p>Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia de la E.S.E UNA propenderá por la adecuada formulación del Plan de Desarrollo Institucional - PDI y del Plan Operativo Anual - POA.</p> <p>La E.S.E. UNA realizará la Planeación Estratégica a través de un enfoque sistemático, objetivo y participativo, para tomar decisiones importantes en la organización. La formulación del plan se centrará en alinear su operación hacia criterios estratégicos, definidos a partir de los antecedentes del Hospital y del análisis de factores externos e internos identificados, integrando elementos resultantes de diferentes ejercicios con los grupos de interés y priorizando las acciones, de manera que se tengan propósitos claros y se puedan alcanzar los objetivos definidos en el plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formulación del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2024-2028 y definición del Plan Operativo Anual por líneas estratégicas proyectos y verificar la ejecución de las actividades programadas.</li> <li>✓ Presentar oportunamente el PDI y POA Ante la Junta Directiva para su estudio y aprobación.</li> <li>✓ Revisar, analizar, definir y ajustar el mapa de procesos institucionales.</li> <li>✓ Efectuar seguimiento y control periódico y sistemático a cada uno de los planes operativos, con retroalimentación al comité de gerencia, al comité técnico y a la Junta Directiva.</li> <li>✓ Promover el desarrollo de planes de mejoramiento cuando el resultado de los indicadores no sean los esperados (&lt; 90%).</li> <li>✓ Difundir el resultado de las mediciones y cumplimientos de Planes Operativos y Plan de Desarrollo a los diferentes grupos y áreas de trabajo de la E.S.E.</li> <li>✓ Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.</li> <li>✓ Delegar en el responsable de planeación o en el responsable de la oficina de control interno el monitoreo, seguimiento y control de la ejecución del PDI y del POA, con el fin de garantizar el desarrollo institucional de la E.S.E.</li> </ul>
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	<p>La gerencia de la E.S.E UNA dará aplicación estricta a lo ordenado en la normatividad vigente (Ley 1438 de 2011, Decreto 1068 de 2015, Ley 1966 de 2019, Decreto 058 de 2020 y demás normas vigentes que regulan la adopción y ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar capacitaciones permanentes al recurso humano de la E.S.E, en especial el recurso humano de las áreas financiera, contable y presupuestal, con el fin de que conozcan el marco normativo vigente que regula la categorización</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>y Financiero de las Empresas Sociales del Estado. Para lo anterior, debe cumplir con el reporte oportuno y preciso de la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado, con el fin de garantizar el proceso de categorización que debe efectuar anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>De la misma manera, la gerencia realizará un monitoreo y seguimiento permanente (mensualmente), con el fin de revisar sistemáticamente el comportamiento de los indicadores de equilibrio y eficiencia financiera, con el fin de mantener la calificación sin riesgo de la E.S.E, evitando la obligación de adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero, y posibles investigaciones por parte de los organismos de vigilancia y control.</p> <p>Todo lo anterior, con el fin de restablecer la solvencia económica y financiera de la E.S.E, evitando de esta manera una posible intervención para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>del riesgo fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar todas las gestiones administrativas para lograr la viabilidad del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero - PSFF por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</li> <li>✓ Realizar las gestiones administrativas para que la Junta Directiva apruebe y adopte el Programa de Saneamiento fiscal y Financiero - PSFF</li> <li>✓ Ejecutar las actividades administrativas, asistenciales y financieras dentro de los estándares de calidad establecidos para garantizar la adecuada ejecución y cumplimiento del PSFF.</li> <li>✓ Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en los procesos de admisión, facturación, radicación, cartera y respuesta de glosas, para cumplir con las medidas propuestas en el PSFF.</li> <li>✓ Aplicar medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de la E.S.E; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria y por ende cumplir con la adecuada ejecución del PSFF.</li> <li>✓ Realizar los estudios técnicos que permitan conocer los costos de venta de los servicios para establecer un incremento mínimo de las tarifas de contratación de servicios de salud, para garantizar el cumplimiento de las medidas exigidas en el PSFF.</li> <li>✓ Aumentar la facturación por ventas de servicios de salud, mediante la</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>obtención de mejores porcentajes de contratación y la recuperación de los recursos que adeudan cada una de la Entidades Responsable del Pago – ERP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la oferta y demanda de servicios de salud, para estudiar la posibilidad de ampliar el portafolio de servicios, que permita aumentar la venta de servicios de salud a las EAPB que operan en el departamento del Atlántico y Región Caribe.</li> <li>✓ Reportar información oportuna, veraz y confiable en la página Web del Sistema de Información Hospitalaria – SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.</li> <li>✓ Realizar de manera oportuna los reportes periódicos exigidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el cumplimiento del PSFF.</li> <li>✓ Restablecer la solvencia económica y financiera de la E.S.E mediante la adecuada ejecución del PSFF.</li> </ul>
	5	Evaluación del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	<p>La gerencia de la E.S.E UNA propenderá por garantizar una producción de servicios con el mínimo de gastos y costos de operación, con el fin de garantizar la eficiencia en la producción de los servicios de salud y conllevar a que la E.S.E arroje indicadores financieros positivos.</p> <p>Para lo anterior, la gerencia realizará los análisis de la eficiencia técnica y económica de la institución mediante la cual se evalúen los resultados obtenidos en el nivel de salud de los usuarios atendidos y los gastos incurridos para lograrlo, teniendo en cuenta los recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar capacitaciones permanentes sobre el marco normativo que regula este indicador y preparar al recurso humano para que conozca y aplique de manera técnica las fórmulas para el cálculo del indicador.</li> <li>✓ Racionalizar los costos operativos generados en la ESE.</li> <li>✓ Adoptar medidas para que las decisiones de gastos se ajusten a criterios de eficiencia, economía y eficacia con el fin de racionalizar los mismos.</li> <li>✓ Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			presupuestados para la prestación de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Optimizar la interconexión y trazabilidad de los servicios de salud prestados, con el fin de mejorar la producción de los mismos.</li> <li>✓ Realizar mesas de trabajo permanentes con todo el recurso humano responsable de la utilización de los recursos, con el fin de realizar el monitoreo y seguimiento sobre estos, para lo adecuada toma de decisiones.</li> </ul>
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1- Compras conjuntas. 2- Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3- Compras a través de mecanismos electrónicos.	La gerencia de la E.S.E UNA realizará todas las gestiones necesarias que conlleven a la implementación de uno de los tres (3) mecanismos establecidos en el artículo 76 de la Ley 1438 de 2011, con el fin de cumplir con el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir e implementar la política de compras de medicamentos y material médico quirúrgico, que privilegie las compras conjuntas, por medios electrónicos o a través de cooperativas de E.S.E.</li> <li>✓ Estudiar la posibilidad jurídica de suscribir convenios de compras conjuntas con Empresa Sociales del Estado del Departamento y la Región.</li> <li>✓ Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos a mejores precios garantizando la economía de precios mayoristas.</li> <li>✓ Implementar metodología de seguimiento y control sobre los recursos invertidos en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico.</li> <li>✓ Realizar mesas de trabajo con las área responsables, con el de tomar decisiones sobre la compra de medicamentos y material médico quirúrgico.</li> </ul>
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	La gerencia de la E.S.E UNA mantendrá la oportunidad en los pagos de salarios y honorarios, con el fin de cumplir con el indicador y por ende evitar posibles demandas en contra de la E.S.E.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las gestiones gerenciales pertinentes que conlleven al pago oportuno y completo por parte de la Entidades Responsables del Pago – ERP.</li> <li>✓ Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en los procesos de</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				facturación, radicación y respuesta de glosas. ✓ Efectuar el proceso de saneamiento contable, con el de depurar la cartera. ✓ Realizar conciliaciones y liquidaciones de contratos con las EPS y Ente Territorial, utilizando las herramientas jurídicas proporcionadas por el sistema, solicitando si es el caso el acompañamiento de la SUPERSALUD o demás entes de control, con el fin de obtener reconocimiento de los valores adeudados y el ingreso efectivo de estos recursos. ✓ Afianzar estrategias de negociación y gestión de la cartera, con el fin de garantizar el flujo de recursos que le permitan a la empresa cumplir oportunamente con sus obligaciones financieras. ✓ Realizar todas las gestiones administrativas, pre-jurídicas y jurídicas que conlleven a la recuperación de los recursos generados en la venta de servicios de salud. ✓ Pagar de manera oportuna los salarios y honorarios de todo el recurso humano que labora en la E.S.E.
	8	Utilización de Información de Registro individual de Prestaciones RIPS	La gerencia de la E.S.E UNA propenderá por darle la mejor utilización a los informes de RIPS, logrando que los datos que procedan de la práctica médica, con el mayor volumen de registros sobre los servicios prestados disponible en la E.S.E, para facilitar su aplicación en planificación, organización y funcionamiento de los servicios sanitarios.  Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) Son	✓ Definir responsables y capacitarlos en la generación y análisis de los RIPS. ✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información. ✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información y RIPS para los profesionales y auxiliares del área asistencial de la E.S.E.

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>utilizados por la E.S.E principalmente para facturar servicios y poco para la vigilancia en salud pública, debido en parte al desconocimiento de su calidad; esto dificulta la prevención, vigilancia y control en salud pública, la investigación, la toma de decisiones y la gestión de recursos.</p> <p>Finalmente, los RIPS también deben dar cuenta de la morbilidad de las enfermedades, la frecuencia del uso de los servicios del sistema y los precios transados en el mercado de prestación de los servicios a la población. Se espera que los RIPS aporten a la E.S.E información suficiente para conocer el estado natural de las enfermedades, sirvan como insumo para investigaciones y sean útiles para la toma de decisiones en salud pública y la gestión administrativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la facturación en línea.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar mesas de trabajo periódicas con las áreas implicadas en el análisis de estos RIPS, con el fin de analizar el comportamiento de estos y tomar decisiones que conlleven a su mejor utilización.</li> <li>✓ Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, para lograr la presentación de por lo menos cuatro (4) de informes ante la Junta Directiva, dentro de la cada vigencia.</li> <li>✓ Exigir al responsable del área científica las recomendaciones de cada caso, con el fin de darle la mejor utilización a los informes de RIPS.</li> </ul>
	9	Resultados Equilibrio Presupuestal con Recaudo	<p>La gerencia de la E.S.E UNA propenderá por garantizar el principio de la Homeóstasis presupuestal. Lo anterior, con el fin de lograr en cada vigencia corriente que el crecimiento real del presupuesto de rentas incluida la totalidad de los créditos adicionales de cualquier naturaleza deberá guardar congruencia con el crecimiento de los gastos, de tal manera que no genere desequilibrio presupuestal. Con esto, se garantiza que la institución en cada vigencia cuente con los recursos disponibles que le permitan cubrir todos los gastos comprometidos y obligados, evitando de esta manera generar nuevos pasivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proyectar un presupuesto de ingresos y gastos en cada vigencia, teniendo como línea de base los ingresos efectivamente recaudados en la vigencia inmediatamente anterior a la que se elabora el presupuesto.</li> <li>✓ Realizar una proyección de los costos y gastos, de acuerdo con la capacidad instalada de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar los estudios de capacidad instalada y resolutive, con el fin de conocer ciertamente el total de recursos físicos, humanos, tecnológicos, farmacéuticos y biomédicos, con el objeto no adquirir compromisos innecesarios en cada vigencia.</li> <li>✓ Fortalecer el proceso de recaudo de recursos de vigencias corrientes y anteriores, mediante el mejoramiento en los procesos de</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>Admisión, facturación, radicación, respuesta de glosas y cartera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ejecutar las actividades administrativas asistenciales y financieras dentro de los estándares de calidad y gestión gerencial establecidos para garantizar la sostenibilidad financiera de la ESE.</li> <li>✓ Implementar el proceso de saneamiento contable, para lograr la depuración de los pasivos y de la cartera, para garantizar el conocimiento cierto del activo y pasivo de la E.S.E, en busca de mejorar el recaudo de las cuentas por cobrar y el pago de los pasivos no corrientes.</li> <li>✓ Realizar de manera permanente las conciliaciones y liquidaciones de contratos con las EPS y Entes Territoriales, utilizando las herramientas jurídicas proporcionadas por el sistema, solicitando si es el caso el acompañamiento de la SUPERSALUD y demás Entes de Control, con el fin de obtener reconocimiento de los valores adeudados y el ingreso efectivo de estos recursos.</li> <li>✓ Aumentar la facturación, mediante la obtención de mejores porcentajes de contratación y la recuperación de población no contratada con la E.S.E.</li> <li>✓ Ampliar la venta de servicios de salud a las EAPB pertenecientes a regímenes contributivo y especiales, lo que permitiría incrementar el incremento de las ventas de servicios de salud y por ende de los ingresos recaudados.</li> <li>✓ Optimizar la capacidad instalada a fin de permitir el incremento en la producción.</li> <li>✓ Racionalizar los costos no operativos generados en la E.S.E.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Racionalizar los gastos y costos operativos y no operativos generados en la producción de servicios de la E.S.E.</li> <li>✓ Adoptar medidas para que las decisiones de gastos se ajusten a criterios de eficiencia, economía y eficacia con el fin de racionalizar los mismos.</li> <li>✓ Definición de la estructura de costos reales de producción de servicios de salud, a fin de verificar que éstos sean acordes al volumen de los servicios prestados. Redefinir los mecanismos de adquisición de bienes y servicios entorno a las políticas de racionalización administrativa.</li> <li>✓ Optimizar la interconexión y trazabilidad de los servicios de salud prestados, con el fin de mejorar la producción de los mismos.</li> <li>✓ Fortalecer los procesos de auditoría médica que garanticen el diligenciamiento adecuado de los registros asistenciales y el cumplimiento de las metas programadas en los Rutas Integrales de Atención En Salud. Esto, con el fin de mitigar los riesgos de glosas por parte de las EAPB.</li> </ul>
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	La gerencia de la E.S.E UNA elaborará un normograma que contenga: Tipo de informe, entidad a la que se reporta, periodo, plazos, responsables, plataforma a la que se reporta, responsable del monitoreo y observaciones. Este normograma de reportes obligatorios debe ser implementado y socializado a todo el recurso humano que labora en la E.S.E, con el fin de garantizar el cumplimiento en la oportunidad y precisión de los reportes de información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir los responsables de elaborar el normograma de reportes de información ante los Entes de Control.</li> <li>✓ Definir los responsables para la implementación y capacitación sobre las exigencias establecidas en la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016, Resolución 256 de 2016, Circular Externa No. 030 de 2013, Circular No. 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, Decretos 1625 de</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>2016 - Estatuto Tributario (Decreto 624 de 1989), Decreto 520 de 2020, Decreto 401 de 2020 y demás normas vigentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> </ul>
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016 o la normatividad que los sustituya	La gerencia de la E.S.E UNA elaborará un normograma que contenga: Tipo de informe, entidad a la que se reporta, periodo, plazos, responsables, plataforma a la que se reporta, responsable del monitoreo y observaciones. Este normograma de reportes obligatorios debe ser implementado y socializado a todo el recurso humano que labora en la E.S.E, con el fin de garantizar el cumplimiento en la oportunidad y precisión de los reportes de información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir los responsables de elaborar el normograma de reportes de información ante los Entes de Control.</li> <li>✓ Definir los responsables para la implementación y capacitación sobre las exigencias establecidas en el Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>salud en el registro de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios del Decreto 2193 de 2004.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> </ul>
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	<p>Para lograr con el cumplimiento de este indicador, la gerencia deberá propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el diagnóstico de hemorragias y trastornos hipertensivos en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado. De la misma manera, la E.S.E debe propender por la priorización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>efectiva de las dos patologías que determina el indicador, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de los periodos objeto de evaluación. Por lo anterior, la subgerencia científica de la ESE, junto con el equipo de ginecólogos y auditores concurrentes del servicio de Ginecología deberán definir la pertinencia de la evaluación de los trastornos hipertensivos en gestantes, en razón de que estos se consideran como una patología de alto riesgo para las gestantes con una alta incidencia y riesgo de mortalidad en las maternas unida a la hemorragia del III trimestre del embarazo. Finalmente, la gerencia debe garantizar la adherencia a la Guía de Hipertensión Inducida por el embarazo, la cual fue adoptada por la E.S.E mediante la Resolución No 0024 del 17 de enero de 2022 y se estableció en el instrumento de evaluación los criterios priorizados por los médicos y especialistas de los diferentes servicios y sedes.</p>	<p>el indicador para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ La gerencia debe exigir a la Subdirección Científica los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> </ul>
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	<p>La gerencia de la E.S.E UNA deberá propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador del diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ La gerencia debe exigir a la Subdirección Científica los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información</li> </ul>
	14	Oportunidad en la realización de la apendicectomía.	La gerencia de la E.S.E UNA debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La gerencia debe garantizar la construcción y actualización permanente de la base de datos de los pacientes que demandan este servicio. Esta base de datos debe</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>cumplimiento de la oportunidad en la realización de apendicectomía en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p>	<p>contener como mínimo: identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la realización de la intervención quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Socializaciones periódicas con el personal médico, de las guías y protocolos de atención de esta patología.</li> <li>✓ La gerencia debe delegar un funcionario responsable y competente para que realice el monitoreo y seguimiento permanente del comportamiento de este indicador; el cual deberá presentar los informes respectivos con los planes de mejoramiento en cada caso.</li> <li>✓ La gerencia debe garantizar todos los equipos biomédicos y el recurso humano competente para realizar de manera idónea los diagnósticos de la apendicitis y por realizar los exámenes complementarios como: analítica de sangre y orina, radiografía, ecografía o en casos concretos tomografía axial computadorizada (TAC), entre otros.</li> <li>✓ La gerencia debe garantizar que en la E.S.E se adopten los manuales, guías y protocolos que contengan los planes de cuidados para esta patología.</li> <li>✓ La gerencia debe garantizar la implementación de los procedimientos de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos).</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	<p>Para lograr el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por exigir al referente y/o equipo institucional el monitoreo y seguimiento permanente de este indicador, con el fin de adoptar medidas oportunas que conlleven a controlar la presentación de casos de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas y mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas.</p> <p>De la misma forma, se deben realizar las mesas de trabajo con el personal asistencial, con el fin de socializar las políticas, decisiones y medidas para prevenir que se presenten este tipo de casos en la E.S.E, con el fin de evitar desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Exigir a la Subdirección Científica y/o quien haga sus veces los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> <li>✓ Adoptar guías de práctica clínica de acuerdo con la morbilidad institucional.</li> <li>✓ Revisar y ajustar los instrumentos de evaluación de la adherencia a las GPC.</li> <li>✓ Socializar el procedimiento de evaluación de adherencia a guías de práctica clínica.</li> <li>✓ Evaluar mensualmente la adherencia a guías.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a los resultados en el comité de historias clínicas.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar retroalimentación de los resultados obtenidos a los profesionales involucrados.</li> <li>✓ Formular y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.</li> </ul>
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	<p>La gerencia de la E.S.E UNA debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento del indicador de Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) en la población usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador del diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ La gerencia debe exigir a la Subdirección Científica los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ Establecer planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> </ul>
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	La gerencia de la E.S.E UNA debe propender por el cumplimiento de este indicador, debido a la importancia de la aplicación de las guías de manejo para el cumplimiento del indicador de análisis de mortalidad intrahospitalaria en la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La gerencia debe elaborar, actualizar y operativizar la política de seguridad del paciente y realizar socialización y capacitaciones permanentes.</li> <li>✓ Identificar y delegar el referente o el equipo institucional para garantizar la seguridad del paciente.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>usuaria de los servicios de salud de la E.S.E, teniendo en cuenta que el no cumplimiento de este indicador conllevaría al posible desmejoramiento del estado de salud de la población y a posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p> <p>Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe garantizar la actualización y operativización de los diferentes comités de historias clínicas, en especial para medir y controlar el indicador análisis de mortalidad intrahospitalaria. De la misma forma, se debe mantener un responsable de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar la construcción permanente de los informes que como mínimo contengan: base de datos de los pacientes, análisis de cada caso de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas, propuestas de actividades de mejora y plan de acción inmediato.</li> <li>✓ Tomar en cuenta las evaluaciones externas para alinear los procesos de la E.S.E.</li> <li>✓ Priorizar de manera directiva y operativa el programa de calidad y seguridad.</li> <li>✓ Implementar y alinear sistemas de apoyo integrales para el programa de calidad y seguridad.</li> <li>✓ Implementar políticas, protocolos, guías y manuales encaminados a la prevención de eventos adversos en la E.S.E.</li> <li>✓ Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias en el recurso humano para que en la institución se monitoreen los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Promover el conocimiento, formación y cultura de Seguridad.</li> <li>✓ Promover la investigación en Seguridad Favorecer y facilitar la implantación de sistemas de monitorización de la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Promover el análisis causal de los eventos e incidentes adversos.</li> <li>✓ Promover la toma de decisiones tendientes a mejorar la seguridad del paciente basadas en el análisis de indicadores.</li> <li>✓ La institución debe organizar y estandarizar la forma en que se debe reportar los eventos e incidentes adversos que ocurren durante la prestación del servicio, con el fin de analizarlos y encontrar sus causas</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				raíz para eliminarlas garantizando que no vuelvan a presentarse.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	<p>Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de pediatría. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.</p> <p>De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.</p> <p>De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar el cumplimiento de ordenado en la Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se reglamentan los artículos anteriores del Decreto Ley 019 de 2012, Decreto 780 de 2016, Circular Única de la Supersalud y demás normas vigentes.</li> <li>✓ Elaborar las guías, protocolos y manuales en cumplimiento de la normatividad vigente, con el fin de garantizar la oportunidad en la asignación y oportunidad de las citas de pediatría.</li> <li>✓ Mantener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.</li> <li>✓ Efectuar análisis permanente del indicador para establecer el comportamiento de la oportunidad esperada frente a la observada.</li> <li>✓ Realizar la consolidación de la información de la E.S.E por cada una de las EPS y los valores individuales, para conocer el comportamiento del indicador y establecer el cumplimiento de oportunidad ordenado en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Reportar de manera oportuna y precisa la información que permita a los Entes de Control realizar el monitoreo y seguimiento del indicador.</li> <li>✓ Incluir en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el análisis periódico de la información generada con aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Realizar el análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios y adoptar medidas de mejora en caso de desviación del indicador.</li> </ul> <p>Realizar el monitoreo y seguimiento permanente para garantizar que en el futuro se incumpla el indicador.</p>
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	La gerencia de la E.S.E UNA debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar el cumplimiento de ordenado en la Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población de mujeres fértil y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p>	<p>reglamentan los artículos anteriores del Decreto Ley 019 de 2012, Decreto 780 de 2016, Circular Única de la Supersalud y demás normas vigentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaborar las guías, protocolos y manuales en cumplimiento de la normatividad vigente, con el fin de garantizar la oportunidad en la asignación y oportunidad de las citas de obstetricia.</li> <li>✓ Mantener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.</li> <li>✓ Efectuar análisis permanente del indicador para establecer el comportamiento de la oportunidad esperada frente a la observada.</li> <li>✓ Realizar la consolidación de la información de la E.S.E por cada una de las EPS y los valores individuales, para conocer el comportamiento del indicador y establecer el cumplimiento de oportunidad ordenado en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Reportar de manera oportuna y precisa la información que permita a los Entes de Control realizar el monitoreo y seguimiento del indicador.</li> <li>✓ Incluir en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el análisis periódico de la información generada con aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Realizar el análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios y adoptar medidas de mejora en caso de desviación del indicador.</li> <li>✓ Realizar el monitoreo y seguimiento permanente para garantizar que en el futuro se incumpla el indicador.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	<p>La gerencia de la E.S.E UNA debe propender por el cumplimiento de este indicador con el fin de garantizar la atención oportuna y eficaz de la población demandante, garantizando el mejoramiento del estado de salud de la población y prevenir altas tasas de insatisfacción en la población usuaria de la E.S.E y prevenir posibles investigaciones por parte de los Órganos de Control del Estado.</p> <p>Este indicador de gestión hospitalaria es un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; mide el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o a largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar el cumplimiento de ordenado en la Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se reglamentan los artículos anteriores del Decreto Ley 019 de 2012, Decreto 780 de 2016, Circular Única de la Supersalud y demás normas vigentes.</li> <li>✓ Elaborar las guías, protocolos y manuales en cumplimiento de la normatividad vigente, con el fin de garantizar la oportunidad en la asignación y oportunidad de las citas de obstetricia.</li> <li>✓ Mantener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.</li> <li>✓ Efectuar análisis permanente del indicador para establecer el comportamiento de la oportunidad esperada frente a la observada.</li> <li>✓ Realizar la consolidación de la información de la E.S.E por cada una de las EPS y los valores individuales, para conocer el comportamiento del indicador y establecer el cumplimiento de oportunidad ordenado en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Reportar de manera oportuna y precisa la información que permita a los Entes de Control realizar el monitoreo y seguimiento del indicador.</li> <li>✓ Incluir en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el análisis periódico de la información generada con aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Realizar el análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios y adoptar medidas de mejora en caso de desviación del indicador.</li> </ul>

MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES				
PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028				
ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar el monitoreo y seguimiento permanente para garantizar que en el futuro se incumpla el indicador.</li> </ul>
	27	Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE	<p>Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia de la E.S.E UNA deberá propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en conjunto con el referente y/o equipo institucional, en especial para medir y controlar el indicador de evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la E.S.E. De la misma forma, se debe mantener un referente institucional que se encargue de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.</p> <p>Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador. De la misma manera, se solicitará informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas.</p> <p>Finalmente, la E.S.E UNA debe continuar con los esfuerzos que permitan mantener el resultado del indicador superior a 80% de la adherencia de la guía de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad, para desarrollar su filosofía de seguimiento y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>mejoramiento a los procesos que involucran la atención al usuario, teniendo en cuenta la complejidad de la Institución y las condiciones clínicas con las ingresa el paciente. De la misma manera, Comité de Historias Clínicas deberá mensualmente presentar a la gerencia el análisis de la estadística relacionada con la morbilidad institucional, esto con el fin de analizar y dar seguimiento al comportamiento de este indicador por servicio, por diagnóstico, etc., así mismo se debe realizar el comparativo mes por mes, con el fin de implementar acciones de mejora que conlleven a cerrar las brechas que originaron las desviaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Exigir a la Subdirección Científica y/o quien haga sus veces los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
	28	Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE	<p>Para continuar con el cumplimiento de este indicador, la gerencia debe propender por mantener operativizados los diferentes comités de historias clínicas, en conjunto con el referente y/o equipo institucional, en especial para medir y controlar el indicador de Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la E.S.E. De la misma forma, se debe exigir al referente institucional que se encargue de realizar el monitoreo y seguimiento de los resultados de este indicador.</p> <p>Asimismo, la gerencia debe propender porque la subdirección científica entregue informes periódicos de las medidas adoptadas para lograr el cumplimiento de este indicador, así como también solicitar los informes sobre el monitoreo y seguimiento de la responsabilidad del comité de historias clínicas en conjunto con el referente y/o equipo institucional.</p> <p>Finalmente, la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe continuar con los esfuerzos que permitan mantener el resultado del indicador superior a 80% de la adherencia de la guía de manejo para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la E.S.E, para desarrollar su filosofía de seguimiento y mejoramiento a los procesos que involucran la atención al usuario, teniendo en cuenta la complejidad de la Institución y las condiciones clínicas con las ingresa el paciente.</p> <p>De la misma manera, Comité de Historias Clínicas deberá mensualmente presentar a la gerencia el análisis de la estadística</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>relacionada con la morbilidad institucional, esto con el fin de analizar y dar seguimiento al comportamiento de este indicador por servicio, por diagnóstico, etc., así mismo se debe realizar el comparativo mes por mes, con el fin de implementar acciones de mejora que conlleven a cerrar las brechas que originaron las desviaciones.</p> <p>Finalmente, un factor clave para prevenir este tipo de eventos adversos es el de propender por realizar campañas de educación hacia los pacientes y las familia de estos sobre la importancia de permanecer en el servicio para poder culminar de manera adecuada su atención y explicar riesgos que puede tener al estar fuera de la institución de salud sin un tratamiento adecuado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Exigir a la Subdirección Científica y/o quien haga sus veces los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información</li> </ul>
	29	Evaluación de aplicación de guía para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios)	<p>Para lograr el cumplimiento de este indicador, se hace necesario implementar en la E.S.E campañas de educación hacia la familia y al paciente sobre la importancia de permanecer en el servicio para poder culminar de manera adecuada su atención y explicar riesgos que puede tener al estar fuera de la institución de salud sin un tratamiento adecuado.</p> <p>De la misma manera, es muy importante la implementación de medidas de prevención y los procesos y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo de suicidio en la población demandante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar las capacitaciones sobre el marco normativo vigente y sobre las funcionalidades del servicio, de manera permanente a todo el recurso humano que interviene en este proceso.</li> <li>✓ Operativizar el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.</li> <li>✓ Expedir el Acto Administrativo de adopción de la guía en la cual se defina técnicamente la cuantificación de la muestra que se utilizará para la medición de este indicador.</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>de los servicios en la Institución. Además, se deben identificar desde el ingreso de los pacientes todos aquellos que ingresen con diagnóstico de Intento o ideación suicida, con el fin de aplicarles de forma estricta la guía y protocolo de atención, mitigando de esta manera la ocurrencia de eventos de suicidas dentro de la institución o en su domicilio una vez el paciente egrese.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Delegar un funcionario responsable que se encargue de medir y controlar el indicador para prevención de suicido en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).</li> <li>✓ El responsable delegado por la gerencia debe realizar el monitoreo y seguimiento permanente del indicador, con el fin de garantizar los resultados esperados y por ende el cumplimiento del estándar exigido en la Resolución 408 de 2018.</li> <li>✓ El Comité de Historias Clínicas debe mantener informada a la gerencia sobre el resultado del indicador.</li> <li>✓ Fortalecer el Sistema de información garantizando la integralidad, el registro y la información en línea.</li> <li>✓ Definir indicadores de seguimiento por unidad funcional y subprocesos.</li> <li>✓ Socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información.</li> <li>✓ Incluir en el Plan de Capacitación Anual, formación de actualización en sistemas de información.</li> <li>✓ Mantener actualizadas las bases de datos y su parametrización en los módulos del sistema de información.</li> <li>✓ Actualizar anualmente el perfil demográfico, pirámide poblacional y perfil epidemiológico de la E.S.E.</li> <li>✓ Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores obligatorios.</li> <li>✓ Exigir a la Subdirección Científica y/o quien haga sus veces los informes periódicos sobre el comportamiento del indicador, con el fin de adoptar medidas correctivas en caso de desviaciones que afecten el cumplimiento del estándar mínimo</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				<p>exigido en la Resolución 408 de 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información. Realizar seguimiento a la trazabilidad de la generación de la información para el reporte oportuno de los indicadores que son de reporte obligatorio.</li> <li>✓ implementar planes de mejora permanente y actualización de los sistemas de información</li> </ul>
	30	Oportunidad en la consulta psiquiátrica	<p>Para lograr mantener el cumplimiento de este indicador, se hace necesario que la gerencia exija a los responsables de organizar las agendas y citas en la E.S.E, el monitoreo y seguimiento estricto de los resultados de la oportunidad en la asignación de las citas de psiquiatría. De la misma manera, se debe propender por llevar a cabo los estudios técnicos que permitan conocer el comportamiento de la demanda frente a la oferta actual de la E.S.E, con el objetivo de mantener el recurso humano idóneo para la prestación de este servicio.</p> <p>De la misma manera, la gerencia de la E.S.E deberá solicitar al área de sistemas de información los informes de resultados mensuales arrojados por el software institucional Dinámica Gerencial, así como también exigir al proveedor del Software el soporte técnico permanente y parametrización de este, con el objetivo contar con información segura y confiable, alineada con la normatividad vigente, que permita a la gerencia realizar análisis certeros y la adecuada toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantizar el cumplimiento de ordenado en la Resolución 1552 de 2013, por medio de la cual se reglamentan los artículos anteriores del Decreto Ley 019 de 2012, Decreto 780 de 2016, Circular Única de la Supersalud y demás normas vigentes.</li> <li>✓ Elaborar las guías, protocolos y manuales en cumplimiento de la normatividad vigente, con el fin de garantizar la oportunidad en la asignación y oportunidad de las citas en la consulta psiquiátrica.</li> <li>✓ Mantener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.</li> <li>✓ Efectuar análisis permanente del indicador para establecer el comportamiento de la oportunidad esperada frente a la observada.</li> <li>✓ Realizar la consolidación de la información de la E.S.E por cada una de las EPS y los valores individuales, para conocer el comportamiento del indicador y establecer el cumplimiento de oportunidad ordenado en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Reportar de manera oportuna y precisa la información que permita a</li> </ul>

**MATRIZ DE COMPROMISOS, LOGROS Y ACTIVIDADES**

**PROYECTO DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA - 2024 - 2028**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS POR LA GERENCIA PARA EL PERIODO 2024 - 2028	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			<p>De la misma manera, la gerencia debe solicitar al responsable del proceso la presentación de informes periódicos (análisis de encuestas de satisfacción), cualitativos y cuantitativos, con el fin de realizar el seguimiento de este indicador, teniendo en cuenta la importancia que reviste para lograr los resultados esperados en materia de oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Finalmente, se hace de trascendental importancia el seguimiento de los indicadores de oportunidad y el acceso a los servicios de salud para garantizar la calidad en la prestación de los servicios en la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO - UNA, teniendo en cuenta la relevancia e importancia del seguimiento a la oportunidad de la consulta externa.</p> <p>Finalmente, la gerencia debe propender por mantener actualizado el Software Dinámica, en busca de contar con la información segura y confiable, en razón de que, esta información es el insumo para realizar la formulación, calculo y control del indicador</p>	<p>los Entes de Control realizar el monitoreo y seguimiento del indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incluir en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el análisis periódico de la información generada con aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente.</li> <li>✓ Realizar el análisis de los resultados de satisfacción de los usuarios y adoptar medidas de mejora en caso de desviación del indicador.</li> <li>✓ Realizar el monitoreo y seguimiento permanente para garantizar que en el futuro se incumpla el indicador</li> </ul>



En virtud de todo lo anterior, y en cumplimiento de la normatividad vigente presento el proyecto del Plan de Gestión 2024 – 2028, dentro de la oportunidad exigida en la normatividad vigente, con el objetivo de que los Honorables Miembros de la Junta Directiva procedan a su estudio, análisis, y aprobación, en concordancia con establecido en el Artículo No. 73 de la Ley 1438 de 2011 y Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud No. 2023151000000008-5 de 2023.

**PABLO ALBERTO DE LA CRUZ GÓMEZ**  
Gerente.



## REFERENCIAS TÉCNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS

- **Ley 1438 de 2011** “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
- Resolución 000710 de marzo 30 de 2012, Anexos Técnicos 1 y 5.
- “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”
- **Resolución 000743 de marzo 15 de 2013** y sus Anexos Técnicos, “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”
- **Ley 1797 de 2016** “POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES QUE REGULAN LA OPERACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”
- **Resolución 408 del 15 de febrero de 2018** y sus Anexos Técnicos, “Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 1097 de 2018** “Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018”
- **Circular Externa No. 00003 de 2014** “Evaluación del Plan de Gestión del Director de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.
- **Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud No. 2023151000000008-5 de 2023** “EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL”