

INFORME ANUAL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017



Certificado No.SC-CER266038

MARIA PIEDAD ECHEVERRI CALDERON
Gerente

Elaborado bajo la metodología establecida en la Resolución 408 de 2018 la cual sustituye los Anexos 2,3, y 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y modifica el párrafo del Artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

JUNTA DIRECTIVA CONFORMADA POR:

Alexander Durán Peñafiel	Presidente - Representante del Alcalde
Nelson Sinisterra Cifuentes	Delegado-Secretario Salud Pública Municipal
Gloria Anais Tunubala I.	Representante Funcionarios Área Asistencial
Viviana Soto Ospina	Representante Área Administrativa
Martha Cecilia Arias de A.	Representante Asociaciones de Usuarios

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4-6
1. RESUMEN EJECUTIVO POR AREAS DE GESTION.....	7-9
2. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	10
2.1 Origen y Constitución.....	10
2.2 Características actuales.....	10-13
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	14
3.1 Visión	14
3.2 Misión	14
3.3 Valores Institucionales	14
3.4 Política de Calidad	15
3.5 Política de Seguridad del Paciente	15
3.6 Política Ambiental	15
3.7 Política Salud Ocupacional	16
3.8 Política Gestión Documental.....	16
3.9 Política Administración del Riesgo.....	16-17
3.10. Objetivos Estratégicos	17
3.11. Líneas Estratégicas	17
4. INDICADORES POR AREAS DE GESTION, SEGÚN RES.710/2012, 743/2013, 408/2018	18
4.1 Gestión de Dirección y Gerencia	18-21
4.2 Gestión Financiera y Administrativa.....	21-26
4.3 Gestión Clínica o Asistencial.....	27-31
5. EVALUACION Y CALIFICACION DE INDICADORES	32
5.1 Indicadores Gestión de Dirección y Gerencia.....	32
5.2 Indicadores Gestión Financiera y Administrativa	33-34
5.3 Indicadores Gestión Clínica o Asistencial	35-36
6. RELACION ANEXOS	37

INTRODUCCION

En el presente informe se encuentran los resultados de la gestión en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica Asistencial, acorde con los lineamientos establecidos en el Artículos No. 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 408 de 2018 la cual sustituye los Anexos 2,3, y 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y modifica el párrafo del Artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Red de Salud del Norte E.S.E durante el periodo 2017, encaminó sus esfuerzos en el cumplimiento de lineamientos conceptuales, objetivos estratégicos y directrices estratégicas adecuando su sistema a los nuevos cambios normativos que le permitan cumplir la meta de la autosostenibilidad, rentabilidad social y posicionamiento. A través de este informe se presentan los logros más representativos en aspectos económicos, sociales y ambientales dentro del propósito fundamental de llevar calidad y humanización en la prestación eficiente y eficaz de nuestros servicios.

Una vez notificada la reelección de la Gerencia para el periodo comprendido entre Abril de 2016 a Marzo 2020 el Plan de Gestión 2016-2020 se presentó a la Junta Directiva de acuerdo a las condiciones y metodología establecidas en la Resolución N° 0710 del 30 de marzo de 2012 y la Resolución 743 del 15 de marzo de 2013, el día 13 de mayo de 2016 y fue aprobado según Acuerdo No. 1.1.193.2016 (Mayo13/2016).

El día 15 de Febrero de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social publica la Resolución 0408, por la cual modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013; en la que precisa las situaciones que no interrumpen el desempeño del director o gerente, realiza ajustes a los anexos de indicadores y estándares por áreas de gestión, así como el instructivo y matriz para calificación, por lo anterior se procede al ajuste pertinente al Plan de Gestión 2016-2020 presentado y/o aprobado por Junta Directiva, en consideración a lo establecido en los Anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 408 de 2018.

El Plan de Gestión Incluye el análisis del contexto interno y externo de la empresa el cual obliga a la actualización del direccionamiento estratégico y sus líneas estratégicas.

1. Mejoramiento continuo de la Gestión Institucional
2. Sostenibilidad Administrativa y Financiera
3. Modelo de Atención Integral articulado con la plataforma informática

En virtud de lo anterior se resaltan los siguientes resultados para esta vigencia:

Con miras a la Acreditación se realizó el proceso de revisión de la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad NCT ISO 9001:2015 durante la auditoria que se llevó a cabo del 17 al 19 de octubre de la vigencia 2017 por el ICONTEC.

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 943 de Mayo 21 de 2014, del Departamento Administrativo de la Función Pública, y posterior a la actualización en la vigencia inmediatamente anterior del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, es así, como control interno ha estado presente en la totalidad de los procesos, actuando en la prevención, corrección, motivación y canalización de los comportamientos de los servidores públicos y colaboradores que interactúan al interior de la empresa en el cumplimiento de sus responsabilidades y el logro de los objetivos institucionales.

De igual manera y en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1499 de septiembre de 2017, se elaboró y reportó al DAFP la línea base del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, dando así, inicio al proceso de implementación a través de las actividades conducentes que garanticen los resultados.

Es importante mencionar que durante el periodo comprendido mayo a julio de 2017 la Contraloría General de Santiago de Cali, realizó auditoria regular a la vigencia 2016, la cual tuvo como objeto “proferir un dictamen integral conformado por la opinión de los estados contables y el concepto sobre la gestión y los resultados para emitir el pronunciamiento sobre el fenecimiento de la cuenta”, como resultado el pronunciamiento del ente de control. No estableció

ningún hallazgo, razón por la cual no fue necesario suscribir planes de mejoramiento.

Con respecto a los planes de mejoramiento correspondientes a vigencias anteriores, suscritos ante el ente de control, quedaron debidamente cumplidos y cerrados.

La Unidad de Rentas e Impuestos de Santiago de Cali y del Departamento del Valle del Cauca en el mes de noviembre de 2017, realizaron auditoria a los descuentos de gravámenes tributarios (estampillas) vigencia 2016, evidenciando un cumplimiento del 100% por parte de la ESE Norte.

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 109, 130 de la Ley 1438 del Año 2011 y el Título VII de la Circular Única 047 del Año 2007, se procedió a realizar el proceso de rendición de cuentas de la Red de Salud Norte ESE.

1. RESUMEN EJECUTIVO POR AREAS DE GESTION

1.1. Área de Gestión de Dirección y Gerencia

Para el Área de gestión de Dirección y Gerencia se logró mejorar la calificación obtenida en la autoevaluación de estándares de acreditación pasando de una calificación de 3,72 a 3,76 en el 2017, lo cual demuestra el mejoramiento en la gestión por procesos de la empresa.

En la efectividad del Programa de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se priorizaron para el 2017 un total de 322 acciones relacionados con el cumplimiento de requisitos de acreditación, de las cuales se cerraron 304, para un cumplimiento de 94%.

En el Plan Operativo formulado para la vigencia 2017 se programaron un total de 77 acciones de las cuales se cumplieron 71 acciones, logrando un cumplimiento del 92%. La Red de Salud Norte E.S.E. logró mejorar la infraestructura física, adquirió equipos biomédicos de alta tecnología y dotación hospitalaria, con recursos propios y de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, garantizando el mejoramiento en la calidad en la prestación de servicios.

1.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa

En el Área de Gestión Financiera y Administrativa, de acuerdo a la Resolución 1755 del 26 de Mayo de 2017 la ESE Norte fue categorizada SIN RIESGO por tanto no se requiere la adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Para el caso del indicador de Gasto por UVR, se presenta para el año una producción equivalente UVR de \$1.720.301,38.

Al calcular el indicador se obtiene un resultado de 1,28 con una disminución porcentual bastante representativa frente al año 2016 el cual estaba en 0,98.

En el tema de compra de medicamentos e insumos por medios electrónicos se continuó con el sistema de compras a través de la página web de la empresa. En el cual se publicaron las necesidades de compra, obteniendo con este sistema diferentes oferentes, lo que conlleva a la obtención de precios del mercado más competitivos.

Para la vigencia 2017 no se presentaron pasivos por concepto de salarios de personal, la Red de Salud del Norte E.S.E. se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de prestaciones sociales, esto en razón a que las Vacaciones, Prima de Vacaciones, Bonificación de Recreación, Bonificación de Servicio y Primas son liquidadas anualmente por la empresa.

La Red de Salud del Norte no tiene pensionados a cargos, pues fue creada posterior a la Ley 100 de 1993 y efectúa los aportes a las entidades administradoras del sistema según el Régimen. Los valores por Cesantías Anualizadas se encuentran girados en su totalidad a las respectivas cuentas individuales de los funcionarios de Ley 50 con corte a la vigencia 2017.

Durante el año se presentaron 4 informes relacionados con la producción de servicios de salud, los cuales tienen como fuente primaria los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

En el desarrollo de la ejecución presupuestal presento como resultado el 1,05 producto de las estrategias de recaudo implementadas durante la vigencia, el apoyo de la Secretaria de Salud Pública Municipal en la contratación de servicios de salud y su respectivo pago; además de las políticas de austeridad del gasto público aplicadas permitieron mejorar de forma importante el flujo de caja y obtener un resultado del ejercicio de \$2.022 millones de pesos.

Por lo anterior, la empresa cumplió con el pago de las obligaciones contraídas y no registró cuentas por pagar a proveedores. De igual manera, es importante mencionar que al cierre de la vigencia se presentó Superávit de presupuesto y tesorería.

Frente a la oportunidad en el reporte de información de la Circular Única y el Decreto 2193, se realizaron de manera oportuna y satisfactoria a los entes de control.

1.3. Área de Gestión Clínica o Asistencial

Para el Área de Gestión Clínica o Asistencial se mejoró la captación de gestantes tempranamente, en el 86% de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

El indicador de Sífilis Congénita se mantuvo en cero casos en partos atendidos en la E.S.E. Norte.

Frente a la evaluación de la aplicación de las guías de manejo de la Enfermedad Hipertensiva y el Programa de Crecimiento y Desarrollo, se evidencia para ambos casos la gestión reflejada en la historia clínica.

El reingreso al servicio de urgencias fue de 0,019 representado en 580 Pacientes atendidos frente a un total de 30.196 Pacientes. Las acciones implementadas para el mejoramiento de la calidad en la atención en el servicio de urgencias radicaron en el fortalecimiento de Procesos e Infraestructura según la Resolución 2003/2014, Auditoría interna mensual, Adherencia a guías y protocolos de manejo, Socialización de hallazgos, Revisión de Casos y Planes de Mejora, Atención al Usuario, Educación y Orientación sobre el uso adecuado del servicio de urgencias.

En general los indicadores de calidad calculados y presentado con base en la Resolución 256 de 2016 en los dominios de Seguridad y Experiencia en la Atención, reflejaron una oportunidad en la asignación de citas acorde con los referentes nacionales para cada servicio.

2. PRESENTACION INSTITUCIONAL

2.1. Origen y constitución¹

La RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E está ubicada en el norte y nororiente de Santiago de Cali. Esta se constituyó como resultado del proceso de descentralización de servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal bajo el Acuerdo 106 del 29 diciembre 2003.

Las Empresas Sociales del Estado, E.S.E. de Santiago de Cali, son entidades públicas, descentralizadas, del orden municipal, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscritas a la Secretaría de Salud Pública Municipal y sometidas al régimen jurídico previsto en la Ley.

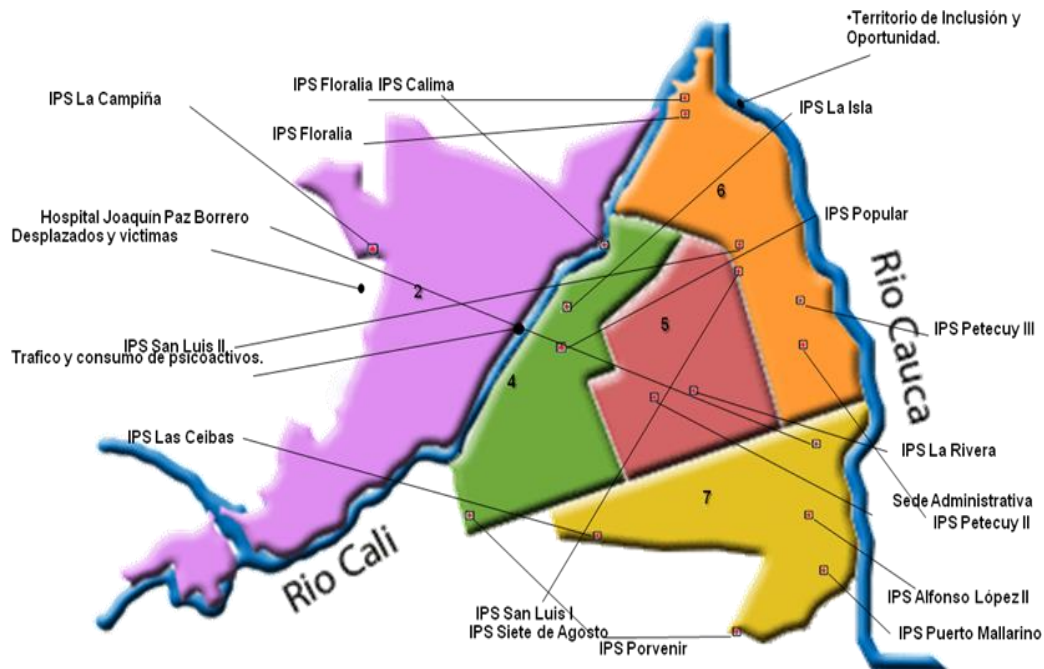
El objeto de las Empresas Sociales del Estado, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social, que contribuya al mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al Plan Sectorial de Salud, al Plan de Desarrollo Municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del Departamento del Valle del Cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación.

2.2. Características actuales

La Red de Salud del Norte E.S.E., orienta su portafolio de servicios a más de 548.747 habitantes de las Comunas 2, 4, 5, 6 y 7; atendiendo principalmente la población subsidiada y población vulnerable sin capacidad de pago.

¹ Concejo de Santiago de Cali Acuerdo 106 de 2003 “por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las Empresas Sociales del Estado del municipio de Santiago de Cali”

Grafico N.01
Mapa: Zonas de Influencia ESE Norte del Municipio de Cali



Se cuenta con una red de 17 IPS de baja complejidad habilitadas para prestar los servicios de:

Hospital Joaquín Paz Borrero, prestación de servicios de salud de mediana y baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta de Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Urgencias, Hospitalización, Obstetricia (partos), Terapia Física y Respiratoria, Optometría, Psicología, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas, Esterilización, Consulta Médica Especializada en Ginecoobstetricia, Ortopedia y/o Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Ortodoncia, Rehabilitación Oral, Salud Ocupacional y Medicina Alternativa; Cirugía en: Ginecología, Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología.

IPS's Puerto Mallarino, La Rivera, Popular, Floralia y San Luis II prestación de servicios de salud de baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta

por Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Terapia Física, Optometría, Psicología, Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas.

IPS's La Campiña, Porvenir, Alfonso López, Siete de Agosto, Las Ceibas, Petecuy II, Petecuy III, Floralía, Isla, San Luis I, Calima prestación de servicios de salud de baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta por Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Optometría, Psicología, Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas.

La capacidad instalada está distribuida así:

IPS Red de Salud de Norte E.S.E.

COMUNA	INSTITUCIONES
2	IPS La Campiña
4	IPS Popular IPS Porvenir IPS Calima IPS La Isla
5	IPS La Rivera
6	IPS San Luis 1 IPS San Luis 2 IPS Floralía 1 IPS Floralía 2 IPS Petecuy 2 IPS Petecuy 3
7	Hospital Joaquín Paz Borrero IPS Puerto Mallarino IPS Siete de Agosto IPS de Salud Las Ceibas IPS Alfonso López 3

De igual forma la Red de Salud del Norte E.S.E cumple una labor docencia servicio, en convenio con Universidades e Institutos para la educación del trabajo del desarrollo humano en programas técnicos laborales.

Los convenios que actualmente se encuentran vigentes, se relacionan a continuación:

- Fundación Universitaria María Cano
- Fundación Universitaria San Martín
- Universidad Santiago de Cali
- Universidad del Valle
- Universidad Javeriana
- Instituto de Capacitación “Nuestra Señora de Fátima”
- Escuela de Enfermería del Valle “EDENV”
- Centro de Capacitación Para La Salud “María Auxiliadora”
- Centro de Estudios y Programas de Nuevas Tecnologías “CEPRODENT”.
- Instituto Técnico de Ciencias de la Salud Santa Cecilia “INTECS LTDA.”
- Instituto Técnico Colombiano “INTECOL”
- Centro de Capacitación Ocupacional Porvenir CCOP
- Instituto Técnico Nacional de Comercio Simón Rodríguez de Cali – “INTENALCO”
- CENAL
- TECNISALUD
- UNICOC (Colegio Odontológico)
- CENCAC
- Universidad ICESI

En el mes de Diciembre de 2015 la E.S.E. Norte atendió la visita del Ministerio de Educación con el fin de certificarse como escenario de prácticas docencia servicio, en el año 2016 recibió el concepto favorable por parte de este Ministerio y el año 2017 se conserva el concepto favorable.

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

El direccionamiento estratégico avalado por la Gerencia y su equipo directivo es el siguiente:

3.1. Visión

Posicionarnos en el año 2020 como la Empresa modelo en innovación tecnológica en salud para garantizar la accesibilidad, calidad y humanización en la prestación del servicio.

3.2. Misión

Como Empresa Social del Estado contribuimos a garantizar la vida sana de la población, aplicando un modelo de salud integral humanizado. Con responsabilidad social, administrativa y el manejo transparente y eficiente de los recursos.

3.3. Valores Institucionales

Los valores institucionales que inspiran y soportan la gestión de la ESE NORTE, en armonía con su Sistema de Gestión de calidad son los siguientes:

EQUIDAD: Ejercer igualdad en nuestras acciones en relación con nuestro público de interés, de acuerdo con el alcance de la empresa y las limitaciones legales.

COMPROMISO: Nuestros comportamientos sean reflejo de responsabilidad, sentido de pertenencia y amor para con la empresa y nuestros usuarios.

CALIDEZ: Acciones que generen, confianza, respeto y afecto en nuestras relaciones con quienes representan nuestro público de interés.

EXCELENCIA EN EL SERVICIO: Que nuestros comportamientos nos caractericen por la tendencia a lograr una mayor efectividad y satisfacción de nuestros clientes internos y externos.

3.4. Política de Calidad

En la Red de Salud del Norte E.S.E. nos comprometemos a prestar servicios de salud de baja complejidad y complementarios brindando accesibilidad, continuidad, seguridad, oportunidad y pertinencia con un trato humanizado.

Orientamos nuestro esfuerzo a la prevención de las enfermedades para lo cual disponemos de un equipo de trabajo competente y comprometido, una infraestructura acorde a las necesidades del servicio y una administración eficiente y rentable socialmente, asegurando el cumplimiento de requisitos y la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

3.5. Política de Seguridad del Paciente

La E.S.E. Norte promueve un entorno seguro y humanizado para nuestros pacientes, en la búsqueda constante de minimizar los riesgos de ocurrencia de un evento adverso a partir de la implementación de barreras de seguridad eficientes, de la creación y refuerzo de una cultura institucional que sea justa, educativa y de motivación al personal para obtener el reporte de eventos o incidentes contribuyendo de esta manera a un aprendizaje organizacional.

3.6. Política Ambiental

La Red de Salud Norte E.S.E., se encuentra comprometida con una continua Gestión Integral de los Residuos, que minimice los riesgos para la salud y el medio ambiente, mediante el fomento de una cultura de la no-basura y mediante el diseño, estandarización y mejoramiento continuo de métodos y procedimientos para la minimización en la generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo, con todos sus trabajadores asistenciales, administrativos y concesionarios y en todas sus Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

3.7. Política Salud Ocupacional

La Empresa Social del Estado Red de Salud del Norte E.S.E., se encuentra comprometida con el cumplimiento de la política de Salud ocupacional, brindando el apoyo y la participación necesarios a los funcionarios, con el objetivo de consagrar el desarrollo de actividades y acciones tendientes a promocionar permanentemente la Salud en los colaboradores y a satisfacer las necesidades de la empresa e incrementar la productividad gracias a la creación de un ambiente laboral con altos estándares de Higiene y Seguridad y actividades encaminadas al cuidado y preservación del medio ambiente, minimizando el impacto ambiental y de todo orden que se genere por las actividades la empresa.

3.8. Política de Gestión Documental

La Red de Salud del Norte E.S.E. se compromete a la administración y preservación adecuada de la información, a través de la adopción de las mejores prácticas de gestión documental y archivística coherentes con la normatividad vigente, considerando todo el curso vital de los documentos desde que se generan hasta su disposición final independiente de su soporte y medio de creación. De igual forma se promoverán acciones encaminadas al cambio cultural en torno a la correcta utilización de los expedientes físicos y digitales, así como el aprovechamiento de los recursos tecnológicos ofrecidos por las TICS.

3.9. Política Administración del Riesgo

La Red de Salud del Norte, representada por la Gerente, los Subgerentes Administrativo (a) y Financiero (a), Científico (a) y Asistencial, de Promoción y Prevención y la Oficinas Asesoras Jurídica y de Control Interno emite los siguientes criterios de orientación para la toma de decisiones con respecto a la Administración de Riesgos que pueden afectar el cumplimiento de su función constitucional, los objetivos institucionales, la misión, la visión, los planes, programas y proyectos de la Entidad y exhorta a que sean aplicadas por todos los servidores públicos.

Se constituyen en elementos de control, que permiten estructurar los criterios orientadores para el tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de cada

uno de los procesos, riesgos que basados en su valoración facilitan la toma adecuada de decisiones acerca de si se acepta, evita, reduce, comparte o si se transfieren legalmente sus efectos. Tienen impacto directo en el cumplimiento de todos los principios de la Administración Pública y del Sistema de Control Interno, pero de una manera particular en los de Eficiencia, Eficacia y Economía.

La promulgación de las políticas de administración de riesgos, son una manera de auto-regular el funcionamiento de la Red de Salud del Norte permitiendo unificar criterios, lo que favorece el Autocontrol y la Auto-gestión organizacional.

En la Red de Salud del Norte, la Administración de Riesgos debe tener la máxima prioridad en el ámbito Interno y externo; esto debe incluir: la seguridad de las personas, del medio ambiente, de los bienes, de la imagen institucional y en general de los procesos administrativos.

Estas políticas están armonizadas con el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (Ley 87 de 1993 y el Decreto 1599 de 2005) y con el Sistema de Gestión de la Calidad (Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004).

3.10. Objetivos Estratégicos

- Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud que incluya los determinantes sociales.
- Generar las condiciones económicas que le permitan a la empresa la sostenibilidad Financiera y Administrativa.
- Mejorar la accesibilidad del servicio, a través de la Innovación Tecnológica y el aprovechamiento de nuestra vocación docente e investigativa.

3.11. Líneas estratégicas

- Mejoramiento continuo de la Gestión Institucional
- Sostenibilidad Administrativa- Financiera
- Modelo de Atención Integral articulado con la plataforma informática.

4. INDICADORES POR AREAS DE GESTION, SEGÚN RESOLUCIÓN 710 DE 2012 Y 743 DE 2013, MODIFICADA POR LA RESOLUCION 408 DE 2018.

En cumplimiento la metodología establecida en la Resolución 408 de 2018 la cual sustituye los Anexos 2,3, y 4 de la Resolución 710 de 2012 modificada por la Resolución 743 de 2013 y modifica el parágrafo del Artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, se presenta a continuación el resultado de los Indicadores por Áreas de Gestión Gerencial de la Red de Salud Norte E.S.E., el cual contiene los resultados alcanzados al finalizar la vigencia 2017.

4.1. GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

4.1.1. Nombre del Indicador No.1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Estándar para cada año: $\geq 1,20$

Tabla Indicador No. 1

Mejoramiento Continuo de Calidad aplicable a Entidades No Acreditadas con Autoevaluación en la Vigencia anterior.			
Formula del Indicador	Estándar para cada año	Autoevaluación 2016	Autoevaluación 2017
Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la Calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	≥ 1.20	3.72	3.76

Anexo en CD No. [1.1](#) : Documento Matriz de la Autoevaluación de Acreditación Vigencia 2016
[1.2](#) Documento Matriz de la Autoevaluación de Acreditación Vigencia 2017.

Resultado por Grupos de Estándar Autoevaluación SUA (Resolución 0123/2012)

No.	Grupo Estándar	Estándares Calificados	2013	2014	2015	2016	2017
1	Cliente Asistencial	74	1,4	1,9	2,84	3,52	3,53
2	Direccionamiento	13	2,0	2,6	3,03	3,83	3,88
3	Gerencia	15	2,3	2,7	3,19	3,75	3,82
4	Gerencia de Talento Humano	16	1,8	2,6	3,10	3,66	3,78
5	Gerencia del Ambiente Físico	11	1,8	2,4	3,07	3,63	3,67
6	Gestión Tecnológica	10	1,6	2,6	2,98	3,61	3,61
7	Gerencia de la Información	14	2,1	2,6	3,04	3,72	3,72
8	Mejoramiento de la Calidad	5	3,0	2,9	3,54	4,02	4,10
		158	2,0	2,5	3,10	3,72	3,76

En desarrollo del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Red de Salud Norte E.S.E., se aplicó la metodología definida en la Resolución 123 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social para la obtención de la calificación de autoevaluación para el ciclo de acreditación en salud, con la cual la Red de Salud Norte E.S.E. obtuvo un puntaje de 3,76 para la vigencia 2017.

Se logró mejorar la calificación obtenida en la autoevaluación de estándares de acreditación pasando de una calificación de 3,72 en el 2016 a 3,76 en el 2017, lo cual demuestra el mejoramiento en la gestión por procesos de la empresa.

4.1.2. Nombre del Indicador No. 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

Estándar para cada año: $\geq 0,90$

Tabla Indicador No. 2

Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud – 2017		
Numerador	Relación de número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	304
Denominador	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	322
Resultado		0,94

Anexos en CD No. [2.1](#).PAMEC [2.2](#). Pantallazo Cargue Archivo ST002 Superintendencia Nacional de Salud.

En la efectividad del Programa de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se priorizaron para el 2017 un total de 322 acciones relacionados con el cumplimiento de requisitos de acreditación, de las cuales se cerraron 304, para un cumplimiento de 94%.

4.1.3. Nombre del Indicador No. 3: Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Estándar para cada año: $\geq 0,90$

Tabla Indicador No. 3

Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional – 2014		
Numerador	Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación.	71
Denominador	Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación.	77
Resultado		0,92

Anexos en CD No. [3.1](#). Informe Evaluación Cumplimiento Plan Operativo Año 2017. [3.2](#). Perfil Epidemiológico Vigencia 2017.

En el Plan Operativo formulado para la vigencia 2017 se programaron un total de 77 acciones de las cuales se cumplieron 71 acciones, logrando un cumplimiento del 92%.

4.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4.2.1. Nombre del Indicador No. 4: Riesgo Fiscal y Financiero

Fórmula del Indicador: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Estándar para cada año: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Tabla Indicador No. 4

Riesgo Fiscal y Financiero
De acuerdo a la Resolución 1755 del 26 de Mayo de 2017, la E.S.E. Norte fue categorizada SIN RIESGO, por parte de Ministerio de Salud y Protección Social, por tanto <u>NO APLICA</u> la Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Anexo en CD No. [4.1](#). Resolución 1755 del 2017 Página 27. – [4.2](#). Ficha Técnica de la página web del SIHO MINSALUD.

El pasado 26 de Mayo de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 1755 de 2017 por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones, donde fuimos clasificados Sin Riesgo.

Nombre del Indicador No. 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1).

Estándar para cada año: <0,90

Tabla Indicador No. 5

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)			
Concepto	Resultado Año 2016	Resultado Año 2017	Total
Gasto de Funcionamiento y Operación Comercial y Prestación de Servicios.	24.467.847.194	29.872.369.342	1,29
UVR	1.811.583,41	1.720.301.38,00	
Subtotal	13.506,33	17.364,61	

Anexo CD No. [5](#). Ficha Técnica de la página web del SIHO MINSALUD.

Con respecto al resultado del indicador presento un comportamiento ascendente con respecto a la vigencia anterior al pasar de 0,98 a 1,29.

El incremento en el indicador de evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida se atribuye al hecho que durante la vigencia 2017, fue necesario realizar gastos para ejecutar actividades colectivas de convenios suscritos que no generan UVR, ocasionando que las actividades que si generan UVR tengan un mayor componente del gasto.

4.2.3. Nombre del Indicador No.6: Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras través de cooperativas de empresas sociales del estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.

Estándar para cada año: $\geq 0,70$

Tabla 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 c) Compras a través de mecanismos electrónicos		
Numerador	Valor Total adquisiciones de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada a través de mecanismos electrónicos.	985.182.955
Denominador	Valor Total de Adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	1.095.225.050
Resultado		0,90

Anexo en CD No. [6](#). Certificación Revisoría Fiscal - CPAAI.

Se refleja un importante avance en el sistema de compra de medicamentos e insumos a través de medios electrónicos, que redundó en la presentación de múltiples oferentes a través de nuestra página web en la cual se publican las necesidades de compra de la entidad, logrando precios competitivos de mercado. La Red de Salud del Norte ESE, asumió a partir del 01 de junio de 2017 la administración del servicio farmacéutico interno; área que se encontraba contratada con proveedores externos.

Actualmente, este servicio es el responsable de garantizar técnicamente la adquisición, calidad, correcta conservación, almacenamiento, cobertura, custodia y dispensación de los medicamentos utilizados en los servicios de Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. Al igual que los medicamentos necesario para tratar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el proceso intrahospitalario y ambulatorio de la ESE, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva de los usuarios atendidos.

El servicio farmacéutico cuenta con recurso humano idóneo: un (1) Regente de Farmacia y dos (2) auxiliares farmacéuticos, quienes son los responsables de ejecutar las actividades dentro del proceso farmacéutico. Con este proyecto, la ESE Norte, ha logrado disminuir un 46% el gasto por compra de medicamentos en comparación con el año anterior, de acuerdo al cuadro.

4.2.4. Nombre del 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.

Estándar para cada año: Cero (0) ó Variación Negativa.

Tabla 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.		
Numerador	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.	0
Denominador	(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior).	0
Resultado		0

Anexo en CD No. 7. Certificación Revisoría Fiscal - CPAAI.

Para la vigencia 2017 no se presentaron pasivos por concepto de salarios de personal, producto del buen flujo de caja para el pago de dichas obligaciones.

4.2.5. Nombre del Indicador No.8: Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.

Fórmula del Indicador: Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.

Estándar para cada año: 4 Informes.

Tabla Indicador No. 8

Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS

Durante la vigencia 2017, se dio cumplimiento a los cuatro (04) informes de Análisis de la Prestación de los Servicios de la E.S.E, a la Junta Directiva con base en RIPS los cuales fueron presentados trimestralmente a la Junta Directiva como lo indica la norma.

1. Acta Junta Directiva Ordinaria 1.2.1.02.2017 (Fecha 21-02-2017) – Presentación del Informe de Productividad y Calidad del Cuarto Trimestre y Anual consolidado de la Red de Salud Norte E.S.E. Vigencia 2017.
2. Acta Junta Directiva Ordinaria 1.2.1.06.2017 (Fecha 20-06-2017) – Presentación de Informe de RIPS Producción y Calidad del Primer Trimestre 2017 de la Red de Salud del Norte E.S.E.
3. Acta Junta Directiva Ordinaria 1.2.1.10.2017 (Fecha 19-09-2017) Informe de RIPS Producción y Calidad del Segundo Trimestre del año 2017 de la Red de Salud del Norte E.S.E.
4. Acta Junta Directiva Ordinaria 1.2.1.14.2017 (Fecha 12-12-2017) Informe de RIPS Producción y Calidad del Tercer Trimestre del año 2017 de la Red de Salud del Norte E.S.E.

Anexo en CD No. [8.1.](#), [8.2.](#), [8.3.](#), [8.4.](#), Actas Juntas Directivas Ordinarias – [8.5.](#) Producción RIPS Vigencia 2017.

Durante el año, se presentaron 4 informes relacionados con la producción de servicios de salud, los cuales tienen como fuente primaria los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

4.2.6. Nombre del Indicador No.9: Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Estándar para cada año: $\geq 1,00$

Tabla Indicador No. 9

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		
Numerador	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores).	35.039.176.320
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	33.393.001.162
Resultado		1,05

Anexo en CD No. [9](#) Ficha Técnica del SIHO.

Para el indicador de equilibrio presupuestal se tuvieron en cuenta los ingresos recaudados y los compromisos adquiridos mostrando una ejecución responsable del presupuesto al obtener mayores ingresos que gastos para la vigencia.

En resumen, se logró un equilibrio presupuestal en la vigencia, lo que permite que la empresa disminuya su riesgo financiero y fiscal; se recuperó el 94% de la cartera corriente vigencia 2017.

4.2.7. Nombre del 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.

Fórmula del Indicador: Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

Estándar para cada año: Cumplimiento dentro de los términos previstos.

Tabla Indicador No. 10

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

La Red de Salud Norte E.S.E. en el año 2017 realizó el envío oportuno de todos los reportes exigidos en la Circular Única.

Con respecto a los Indicadores de Calidad contenidos en la Resolución 256 de 2016:

- Reporte Primer Semestre (Enero 01 a Junio 30 de 2017) realizado el día 19/07/2017, en la Plataforma PISIS.
- Reporte Segundo Semestre (Julio 01 a Diciembre 31 de 2017) realizado el día 19/01/2018.

Anexo en CD No. [10.1](#). Pantallazo Reporte PISIS Julio 19 de 2017 Semestre I Año 2017 - Primer envío [10.2](#). Pantallazo Reporte PISIS Septiembre 15 de 2017 Semestre I Año 2017 Segundo envío [10.3](#). Soporte Envío Exitoso Enero 2018 - Semestre II 2017 [10.4](#). Correos Minsalud Enero 2018 - Semestre II 2017.

Nombre del Indicador No.11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Fórmula del Indicador: Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

Estándar para cada año: Cumplimiento dentro de los Términos Previstos.

Tabla Indicador No. 11

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Para este indicador hay tres periodicidades de reporte: Trimestral, Semestral y Anual, en el caso de la información correspondiente a indicadores de calidad, se presenta semestralmente la cual fue realizada con la oportunidad debida; trimestralmente se reportan los indicadores Financieros y de Producción, los cuales también se realizaron a satisfacción.

Anexo en CD No. [11](#). Certificación Ministerio de Salud y Protección Social Página 40.

Frente a la oportunidad en el reporte de la información y el Decreto 2193, se realizó de manera oportuna y satisfactoria.

4.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

4.3.1. Nombre del Indicador No.21: Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.

Estándar para cada año: $\geq 0,85$

Tabla Indicador No. 21

Proporción de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.		
Numerador	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación.	898
Denominador	Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	1.042
Resultado		0,86

Anexo en CD No. [21](#). Informe Comité de Historias Clínicas.

Para el Área de Gestión Clínica o Asistencial se logró mantener la captación de gestantes tempranamente, en un 86% de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, el total de gestantes inscritas en el año 2017 fueron 1.042 de las cuales 898 de las gestantes identificadas se encontraban antes de la semana 12 de gestación.

A fin de cumplir con la meta de este indicador, además de fortalecer capacitación a grupos con empoderamiento comunitario en morbilidad materna, se realizaron también acciones intrainstitucionales en las cuales el laboratorio reportaba a enfermería todo los reportes de Galli (pruebas de embarazo) con el fin de ser captadas tempranamente.

4.3.2. Nombre del Indicador No.22: Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

Fórmula del Indicador: Numero de Recién Nacidos con diagnostico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

Estándar para cada año: 0 Casos.

Tabla Indicador No. 22

Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE

La incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en el Hospital Joaquín Paz Borrero es **Cero (0)**, de un total de 116 partos atendidos en la vigencia del año 2017, verificada la base de datos SIVIGILA, año 2017.

Anexo en CD No. [22](#). Concepto Certificación COVE Territorial.

La estrategia utilizada para el logro de la meta de este indicador obedeció al seguimiento continuo desde el área de vigilancia epidemiológica a todas las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional y a la oportunidad en el suministro del tratamiento.

4.3.3. Nombre del Indicador No. 23: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.

Estándar para cada año: $\geq 0,90$

Tabla Indicador No. 23

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

Numerador	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	541
Denominador	Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	561
Resultado		0,96

Anexo en CD No. [23](#). Informe Comité de Historias Clínicas.

Una vez adoptadas las guías y ajustada cada una de las historias clínicas, se planteó el modelo de auditoría desde la oficina de calidad. Dichas auditorías son realizadas por profesionales pares, quienes basados en una lista de chequeo

identifican adherencia a guías y protocolos además de calidad en el registro de la historia clínica.

Las auditorias son realizadas de manera aleatoria a cada uno de los programas en las 17 IPS de la ESE Norte, los hallazgos encontrados son socializados con los líderes de programa y las Subgerencias de Promoción y Prevención y la Científica Asistencial de manera mensual en el comité de historias clínicas. De este comité se derivan unos planes de mejora a desarrollar por cada líder y a los cuales les realiza seguimiento la oficina de planeación y calidad.

4.3.4. Nombre del Indicador No. 24: Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.

Estándar para cada año: $\geq 0,80$

Tabla Indicador No. 24

Evaluación de Aplicación de Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.		
Numerador	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación.	486
Denominador	Número de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se les atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	517
Resultado		0,94

Anexo en CD No. [24](#) Informe Comité de Historias Clínicas.

Frente a la evaluación de la aplicación de la Guía del Programa de Crecimiento y Desarrollo, mejoramos la gestión reflejada en la historia clínica, sin embargo debemos continuar con la capacitación al personal médico y de enfermería para garantizar niveles de excelencia a corto plazo.

4.3.5. Nombre del Indicador No. 25: Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de Urgencias, en menos de 72 horas.

Estándar para cada año: $\leq 0,03$

Tabla Indicador No. 25

Reingreso por el servicio de Urgencias.		
Numerador	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	580
Denominador	Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en el periodo.	30.196
Resultado		0,019

Anexo: [25](#). Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las acciones implementadas para el mejoramiento de la calidad en la atención en el servicio de urgencias radicarón en el fortalecimiento de Procesos e Infraestructura según la Resolución 2003/2014, Auditoría interna mensual, Adherencia a guías y protocolos de manejo, Socialización de hallazgos, Revisión de Casos y Planes de Mejora, Atención al Usuario, Educación y Orientación sobre el uso adecuado del servicio de urgencias.

4.3.6. Nombre del Indicador No. 26: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.

Estándar para cada año: ≤ 3

Tabla Indicador No. 26

Oportunidad promedio en la atención de Consulta Médica General.		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	22.732
Denominador	Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	17.492
Resultado		1,30

Anexo en CD No. [26-1](#) Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Desde el ámbito ambulatorio se han desarrollado diferentes estrategias las cuales le han permitido a la Red de Salud del Norte un impacto importante en este indicador, dentro de estas estrategias se encuentran: Documentación y socialización Guías de Atención, Historia Clínica Sistematizada, Gestión ante las aseguradoras, Jornadas adicionales, Agendamiento, Acceso oportuno a los resultados de paraclínicos, Programa de Seguridad del Paciente.

5. RELACION ENTREGA DE ÁNEXOS EN CD ADJUNTO QUE SOPORTAN LOS INDICADORES

No. Indicador	Nombre del Archivo
1	1.1. Matriz de Autoevaluación Acreditación Vigencia 2016.
	1.2. Matriz de Autoevaluación Acreditación Vigencia 2017.
2	2.1. PAMEC 2017
	2.2. Pantallazo cargue Supersalud Archivo ST002 PAMEC
3	3.1. Informe Evaluación Cumplimiento Plan Operativo Año 2017
	3.2. Perfil Epidemiológico Vigencia 2017
4	4.1. Resolución 1755 de 2017 Calificación Riesgo ESE Norte – Sin Riesgo
	4.2. Ficha Técnica SIHO MINSALUD.
5	5. Ficha Técnica UVR
6	6. Certificación Revisoría Fiscal Compras MD. Medios Electrónicos.
7	7. Certificación Revisoría Fiscal Monto de la deuda
8	8.1. Acta Junta Directiva Febrero 2017
	8.2. Acta Junta Directiva Junio 2017
	8.3. Acta Junta Directiva Agosto 2017
	8.4. Acta Junta Directiva Septiembre 2017
	8.5. Producción RIPS Vigencia 2017
9	9. Ficha Técnica SIHO MINSALUD Indicador No.09
10	10.1.Pantallazo Reporte PISIS Julio 19 de 2017 Semestre I Año 2017 - Primer Envío.
	10.2.Pantallazo Reporte PISIS Septiembre15 de 2017 Semestre I Año 2017 Segundo Envío.
	10.3.Soporte Envío Exitoso Enero 2018 - Semestre II 2017
	10.4.Correos Minsalud Enero 2018 - Semestre II 2017
11	11. Certificación SIHO MINSALUD Cumplimiento Decreto 2193 Año 2017
21	21.1.Informe Comité HC Proporción Gestantes Semana 12 Gestación
	21.2.BD Gestantes 2017
22	22. Concepto Certificación COVE Territorial Sífilis Congénita
23	23. Informe Comité HC Evaluación Aplicación Guía Enfermedad Hipertensiva.
24	24. Informe Comité HC Evaluación Aplicación Guía Crecimiento y Desarrollo.
25	25. Ficha Técnica SIHO MINSALUD Proporción de Reingreso Urgencias
26	26. Ficha Técnica SIHO MINSALUD Promedio Tiempo Cita MD General