



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

PLAN DE DESARROLLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL 2020-2023

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
NIT. 890.303.448-6**

INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD

GERENTE: HECTOR FABIO CORTES LOPEZ

**Decreto de Nombramiento No 4112010200900 mayo 15 de 2020
Acta de Posesión No.: 0325 mayo 19 de 2020**

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

Doctor. JORGE IVAN OSPINA GOMEZ

Presidente de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel
Alcalde Distrital

Doctora. MIYERLANDI TORRES AGREDO

Secretaria de Salud
Presidente de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel
Delegada del Señor Alcalde

Doctora. JANETH MARCELA RAMÍREZ TORRES

Delegada Secretaria de Salud Pública Municipal

Doctora. ZORAIDA ORTIZ QUINTERO

Representante Empleados Administrativos

Sr. REINALDO REINA FEIJOO

Representante de los usuarios

MIEMBROS DEL NIVEL DIRECTIVO HOSPITAL

Medico. HECTOR FABIO CORTES LOPEZ

Gerente

Odontóloga. JENNIFER CRUZ TRUQUE

Subgerente Administrativa y financiera.

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

PRESENTACION

La E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel cumple con el Marco Normativo Legal vigente, como la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, Decreto Ley 1042 de 1978, Ley 734 de 2002, la Ley 344 de 1996, la Ley 489 de 1998, Ley 10 de 1990 con sus decreto reglamentarios o que lo modifiquen, con el fin de llevar a cabo el objeto de la misma, el cual es el la prestación de servicios públicos de salud y como parte del servicio público de seguridad social, siendo este un ente que no pueden confundirse y que se diferencia claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; ya que la ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para el caso de nosotros el ESTADO que tiene como objeto de según el Acuerdo 008 del 16 de agosto de 1995 del Honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención como servicio público a cargo del Estado y como parte del servicio público de seguridad social y demás servicios complementarios tendientes a garantizar el bienestar integral de la población de la tercera edad del Municipio de Santiago de Cali.

Actualmente en la ciudad de Cali 9.6% de la población es mayor de 60 años lo que indica que se encuentra en transición demográfica plena; esto deriva en un aumento de enfermedades crónicas no comunicables que aumentan el grado de dependencia aguda o crónica donde esta población requieren de cuidados, apoyos, ayudas técnicas formales. Para ello la institución que es una entidad bifronta ya que cuenta con servicios sanitarios como lo es hospitalización, y sociales como son el Ancianato dispone de 19 servicios habilitados para dar respuesta a esas necesidades sentidas demandadas y manifestadas por la comunidad.

Teniendo en cuenta que el Sistema de Seguridad Social en salud atraviesa por muchas incertidumbres, como la expedición y sanción de la Ley Estatutaria en Salud y el alcance que le da a esta la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-313 de 2014 al declarar inexecutable el parágrafo que delimita las tecnologías o servicios de salud a aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, mediante el artículo 8 de esta sentencia, la Corte Constitucional incorpora de manera indirecta los “servicios sociales asociados”; estos se deben proporcionar como parte de la integralidad del sistema de salud. Son un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema, ya que maximizan el uso, permiten ahorrar y mejorar la calidad y la percepción del mismo, así como reducir recaídas, reingresos generando así una oportunidad de ampliación de cobertura para la ESE.

HECTOR FABIO CORTES LOPEZ
Gerente E.S.E

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado “Superintendencia Nacional de Salud”



Tabla de contenido

ANTECEDENTES.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
LOS PLANES DE DESARROLLO EN LAS INSTITUCIONES.....	7
LOS PLANES DE DESARROLLO EN EL Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel.....	8
MARCO LEGAL.....	8
ARTICULACIÓN.....	10
EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “PACTO POR COLOMBIA PACTO POR LA EQUIDAD”	10
PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “VALLE INVENCIBLE”.....	10
PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “UNIDOS POR LA VIDA”.....	10
SALUD PÚBLICA - PLAN DECENAL DE SALUD.....	11
PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER.....	11
LEY ESTATUTARIA EN SALUD.....	12
Política de Atención Integral en Salud (PAÍS).....	12
Atención Primaria en Salud (APS).....	12
Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).....	13
Redes Integrales de Prestadores de Salud.....	13
Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).....	14
DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.....	14
ANÁLISIS EXTERNO.....	14
DIMENSIÓN EXTERNA – ENTORNO.....	14
ANÁLISIS DE POBLACIÓN.....	14
CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL.....	15
SITUACION DE GRUPOS ESPECIFICOS DE POBLACIÓN.....	17
POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS.....	17
Porcentaje De Población Mayor De 60 Años Por Comuna.....	18
POBLACION POR ASEGURADOR O PAGADOR AÑO 2019.....	18
ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.....	20
MORBILIDAD Y MORTALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL PERÍODO 2017-2020.....	20
Morbilidad.....	21
Mortalidad.....	23
MORBILIDAD HOSPITALARIA.....	25
MORTALIDAD HOSPITALARIA.....	26
INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA.....	26
ANÁLISIS DE MERCADO Y COMPETITIVIDAD.....	28
OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR.....	28
ANÁLISIS INTEGRAL - RELACIÓN DE PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADAS.....	29



DOFA.....	30
FORMULACIÓN DE MEDIDAS	30
DIMENSIÓN INTERNA.....	30
ASPECTOS INSTITUCIONALES	30
IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ESE	33
CULTURA CORPORATIVA Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESE	34
OFERTA DE SERVICIOS.....	36
PRODUCTIVIDAD	38
CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	45
SISTEMA DE AUDITORIA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)	48
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	49
SISTEMA DE HABILITACION	49
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	50
PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD Y RESOLUCIÓN 256 DE 2016 MSPS.....	51
ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN RESOLUCION 0256 DE 2016 POR DOMINIO.....	51
FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA	56
AVANCES EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	57
ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DPTO. DISTRITO Y/O MUNICIPIO	58
ASEGURAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA COBERTURA UNIVERSAL.....	58
ESTRATEGIAS PROPUESTAS	59
PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, ESE.....	60
ANÁLISIS INTEGRAL - RELACIÓN DE PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADAS.....	66
DOFA.....	66
FORMULACIÓN DE MEDIDAS	67
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	67
ESTADO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS	67
EJES ESTRATEGICOS PLAN DE DESARROLLO “POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO CON CALIDAD”	74
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	76
EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.....	78
Ejecución del Plan de Desarrollo	78
Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional.....	78
Análisis de Resultados.....	78
Implementación de Acciones de Mejoramiento	78
Evaluación Plan de Desarrollo	79
SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO	79
ANEXOS.....	80
ANEXO A. Metas e Indicadores.....	80



ANTECEDENTES

El Señor Miguel Calero, acaudalado comerciante, decidió fundar el 26 de enero de 1912 un “Asilo de mendigos indigentes, inválidos y ancianos”. Formó su primera Junta con el señor alcalde don Ramón Carvajal B., el padre Fray Nicolás Gyner, el doctor Francisco Magaña, don J. Miguel Borrero, don Guillermo Borrero y don Enrique Palacios. Llamaron luego a las Hermanas de la Caridad sor Henry sor Josefina y se inició así la obra con el fin de “dar alivio a los que realmente necesitaban de esta caritativa protección”

La Institución comenzó con siete personas y tomó el nombre de Sociedad de Beneficencia, la cual inicio una campaña para solicitar apoyo y así fue creciendo. Adquirió entonces un lote al otro lado del río y allí se construyó una amplia sede.

En 1917, don Miguel Calero y su junta habiendo estudiado la ley 4 de 1913, que ordena a cada municipio cuya cabecera tenga más de 20.000 habitantes crear los Asilos de Mendigos, deciden donar la Institución, su lote, construcción y patrimonio al municipio, que lo adopto mediante el Acuerdo 011 del 23 de Mayo de 1917.

En 1955, el Club Colombia compró nuestra sede y la institución fue trasladada al barrio Caldas donde hoy funciona con cinco programas y atiende a 350 ancianos en su plan de Residencia (310 en Sala General y 40 Pensionados), 100 más en Centro Día, 54 en el Programa de Proyección Comunitaria, 80 niños en el programa intergeneracional y 30 estudiantes Escuela de Gerontología.

El tesoro de la Institución son los 24.000 años de sabiduría de sus ancianos que a lo largo de 30.600 días de atención han significado nuestro aporte al bienestar de Cali y Colombia y el cumplimiento de la sublime misión que se trazó el fundador.

El Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel de Cali es una Empresa Social del Estado, del orden Municipal adscrita a la Secretaria de Salud Pública Municipal, creada por Acuerdo 011 de 23 de mayo de 1917 y transformado por el Acuerdo 08 de agosto 16 de 1995, tiene autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica reconocida por el Gobierno del Valle.

Desde su creación y hasta la actualidad, el Hospital ha sido protagonista de grandes cambios que han permitido que la institución sea reconocida dentro y fuera del país.

MARCO TEÓRICO

Los planes de desarrollo en el sector público obedecen a un mandato contemplado en el artículo 399 de la Constitución Política de Colombia en donde se señala que su objeto es el de asegurar el uso eficiente de los recursos. En la misma norma, en el artículo 366, se estipula que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado; su objetivo fundamental es la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. El mismo artículo señala que en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

Pero es la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994), la que establece las directrices para la elaboración, presentación y aprobación del Plan Nacional y los Planes Territoriales.

LOS PLANES DE DESARROLLO EN LAS INSTITUCIONES

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 1011 de 2006) se define el Sistema Único de Acreditación conformado por grupos de estándares, dentro de los que se encuentra los estándares de procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales; por estándares de direccionamiento y gerencia establecen que debe haber un plan con objetivos y metas cuya construcción es participativa y al cual hay que hacer seguimiento junto con los planes operativos que de este se desprenden y son consecuentes con la misión, visión y valores de la institución.

De igual forma dentro de los sistemas de gestión aplicables a entidades del estado está el “Modelo Estándar de Control



Interno MECI”, que contempla en el componente de direccionamiento estratégico la elaboración de planes y programas.

LOS PLANES DE DESARROLLO EN EL Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel

- Plan de Desarrollo 2012 a 2015 – Gerente Dr. Alvaro Martínez
- Plan de Desarrollo 2016 no se realizó porque el Gerente estaba en encargo.
- Plan de Desarrollo 2017 a 2019 – Gerente Dr. Héctor Fabio Cortes López
- Plan de Desarrollo 2020 a 2023 – Gerente Dr. Héctor Fabio Cortes López

MARCO LEGAL

A continuación, se relacionan las principales normas vigentes, relacionadas con el sistema de planeación, el sistema presupuestal, docencia servicios y el sistema de salud, enunciando su contenido, aplicables a la ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

NOMENCLATURA	ALCANCE
Constitución Política de Colombia de 1991	Artículos: 1,2,11,49,50 y 399
LEY 100 de 1993	"Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral".
LEY 87 DE 1993	"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"
LEY 152 DE 1994	"Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo"
LEY 489 DE 1998	"Funcionamiento Entidades públicas – Modelo Integrado de Planeación y Gestión".
LEY 1438 DE 2011	"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."
LEY 1474 DE 2011	"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, Investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
LEY 1450 DE 2011	"Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014". Art 156 Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado – ESE
LEY 1608 DE 2013	Por medio de la cual se adoptan medida para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud"
LEY 1751 DE 2015	"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"
LEY 1955 DE 2019	Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad"
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"
DECRETO 1876 DE 1994	"Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado".
DECRETO 139 de 1996	"Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público".
DECRETO 2145 DE 1999.	"Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial Y se dictan otras disposiciones."



DECRETO 4110 DE 2004.	"Por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y decreto 4110 de 2004 y se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública". Actualizada como NTCGP 2009.
DECRETO 1011 DE 2006.	"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"
DECRETO 4923 DE 2011	"Por el cual se garantiza la operación del Sistema General de Regalías".
DECRETO 19 DE 2012	"Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública."
DECRETO 903 de 2014	"Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud".
DECRETO 943 DE 2014	"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)".
DECRETO 1083 DE 2015	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública"
DECRETO 2353 DE 2015	"Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud"
DECRETO 780 DE 2016	"Por el cual se expide el decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social"
DECRETO 1499 DE 2017	"Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"
RESOLUCIÓN 2181 DE 2008	"Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad De la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público."
RESOLUCIÓN 123 DE 2012	"Establece el manual de acreditación para IPS hospitalarias y ambulatorias de Colombia."
RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
RESOLUCIÓN 2082 de 2014	"Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación En Salud".
RESOLUCION 429 DE 2016	"Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud"
RESOLUCION 3280 DE 2018	Rutas integrales de atención en salud (RIAS).
CONPES 3918 DE 15 MARZO DE 2018	Estrategias para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible ODS en Colombia.
RESOLUCION 3100 DE 25 de NOVIEMBRE DE 2019	" Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud"
RESOLUCION 2626 DE 2019	Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE
ORDENANZA 006 DEL 4 DE JUNIO DE 2020.	Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental "Valle Invencible"
ACUERDO 477 de 2020	Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Distrital "Unidos por la Vida".



ARTICULACIÓN

En la Constitución Nacional se plantea la articulación de los planes territoriales con el plan nacional al establecer que “Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”²

La Ley 152 de 1994, que establece las directrices del Plan Nacional de Desarrollo indica que debe existir coherencia entre niveles; es decir, los Planes de desarrollo territoriales deben tener en cuenta las directrices del Plan Nacional.

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “PACTO POR COLOMBIA PACTO POR LA EQUIDAD”

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) está conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalan los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental adoptada por el gobierno. El plan de inversiones públicas contiene los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

El vigente Plan Nacional de Desarrollo “PACTO POR COLOMBIA PACTO POR LA EQUIDAD” se basa en 3 Pactos, Legalidad, Emprendimiento y Equidad. 14 Pactos Transversales y 9 Pactos Regionales.

El Pacto que nos aplica es el Pacto Territorial del Pacífico, Potencia Logística y Ambiental de Colombia.

En el área de salud, dentro del Pacto por la Equidad, se plantea sistema de salud centrado en el Usuario, con agentes articulados en torno a la calidad y el mejoramiento del estado de salud de la población de forma sostenible y Formular Acuerdos para la Eficiencia en el Gasto, Sanear Deuda y Generar Nuevos Recursos.

Dentro del Pacto por la Equidad, la política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados, Dignidad y felicidad para todos los adultos mayores.

PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL “VALLE INVENCIBLE”

El Plan de Desarrollo “VALLE INVENCIBLE” 2020-2023 está constituido por 27 líneas de acción, 75 programas, 168 subprogramas y 688 metas de producto en 137 artículos. “Este Plan de Desarrollo es y será un plan atípico en la historia del Departamento, por estar construido y ajustado a la necesidad de mitigar los efectos de la Pandemia que en el mundo ningún gobierno vislumbró”.

Para el área de salud, Historia Clínica Digital, Infraestructura Hospitalaria y Estilo de Vida Saludable.

Para Poblaciones, Adulto Mayor y Centros Vida.

Es por esto que el Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel articuló lo planteado en el Plan de Desarrollo Departamental en el componente programático, lo cual es fundamental para formulación de los programas, proyectos y metas en la institución.

PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “UNIDOS POR LA VIDA”

En su segunda dimensión, Cali, Solidaria Por La Vida, en la línea estratégica Poblaciones Construyendo Territorio, el Programa está orientado a las Personas Mayores Envejeciendo Con Bienestar, Programa Prevención Y Abordaje Integral Del Fenómeno De Habitabilidad En Calle.



En su programa Servicios De Salud De Calidad En Redes Integrales, Un Desafío Para Todos, incluye la población sin aseguramiento atendido en las Empresas Sociales del Estado, con una línea base de 70% y una meta del 75%, como organismo responsable la Secretaria de Salud Pública.

SALUD PÚBLICA - PLAN DECENAL DE SALUD

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

De acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas:

- 1) Promoción de la salud;** Conjunto de acciones que debe liderar el territorio convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta institución por ser de tercer nivel de complejidad incluye acciones de: adopción de políticas públicas, participación ciudadana y educación en salud, esta última en las consultas realizadas por los profesionales de salud. En el Adulto Mayor y Salud Mental.
- 2) Gestión del riesgo en salud;** Conjunto de acciones que deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. Estas acciones están lideradas por la oficina asesora de calidad, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo.
- 3) Gestión de la salud pública;** Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Siendo cabeza de Red pública de prestación de servicios, el hospital se cuenta con área de epidemiología, vigilancia y control, para articular las acciones de los actores que operan en el territorio, armonizando los servicios de atención médica en el Adulto Mayor, Salud Mental y TBC.

PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad a nivel poblacional e individual.

Se establecieron las líneas estratégicas de acuerdo con cada uno de los objetivos del modelo para el control del cáncer. Para cada una de ellas, con base en la revisión de la evidencia científica y las recomendaciones dadas por expertos nacionales en consultas públicas y diferentes escenarios de discusión, se establecieron metas y acciones en los distintos niveles. Dichas metas están alineadas con el Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2012-2021.

El objetivo al cual apunta la gestión del HGYASM, como institución de baja complejidad es el de orientar en el manejo



de los pacientes crónicos paliativos, des escalando pacientes que requieran este manejo.

LEY ESTATUTARIA EN SALUD

La Ley Estatutaria 1751, conocida como la Ley Estatutaria de Salud (LES), se firmó el 16 de febrero de 2015 por el presidente de la República. Pasaron 24 años para reglamentar por primera vez un derecho fundamental desde la Constitución de 1991, en este caso el derecho a la salud. Esta ley recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud.

El alcance de la ley abarca los componentes del sistema de salud, dividida en cuatro capítulos, se encuentran los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regulación del ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones, como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

Dentro de los cambios relevantes en la implementación de la ley estatutaria está la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y se pone en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) donde da respuesta a los artículos interdependientes. De igual forma se ordena proveer servicios de manera completa, garantizar la autonomía profesional, y garantizar la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Una de las mejoras de la ley estatutaria que más incide en la ESE es la de unificar y actualizar las reglas de afiliación del sistema de salud reduciendo tramites y procesos para los ciudadanos, acompañado de la creación del sistema de afiliaciones transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de los afiliados.

Política de Atención Integral en Salud (PAÍS)

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), presentada en febrero de 2016 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, fue una respuesta transversal a lo establecido en la ley estatutaria de salud en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que la atención médica de urgencias sea la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud.

Para la aplicación de la Política de Atención Integral en Salud es necesario disponer de un marco de referencia sobre la arquitectura y funcionalidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de diseñar los mecanismos que permitan su adaptación a los objetivos del Sistema de Salud, tal como está planteado en la Ley Estatutaria de Salud. Adicionalmente, es necesario abordar dos importantes condicionantes del Sistema: el modelo de financiamiento y su descentralización administrativa.

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud"¹⁷, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando "las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas".¹⁸

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y



científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978):

La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.¹⁹

De acuerdo con definiciones de la OPS/OMS, cada país adopta una definición de APS con base en sus particularidades. En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición:

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.²⁰

La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.²¹

La estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los objetivos de los agentes que reorienta su intervención. Para la Política de Atención Integral en Salud existe un doble circuito donde se intersectan: 1. Las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad) y 2. Un segundo circuito de resultados esperados, donde se ponderan las ganancias en bienestar con la reducción de los riesgos en salud de la comunidad o persona. Finalmente, es la estrategia que permite construir el sistema de salud verticalmente desde el individuo hacia las instituciones del sistema y horizontalmente con la integralidad de las intervenciones que fomentan salud.

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

La Política de Atención Integral en Salud requiere de un modelo operacional que pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, y orienta la intervención de los diferentes agentes y demás entidades en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades, con miras a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, a través de la interacción coordinada sobre determinantes y riesgos relacionados con la salud.

El MIAS comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema para permitir la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad.

La institución en la actualidad tiene implementado el modelo de prestación de servicio humanizado y centrado en la persona, el cual se seguirá desarrollando.

Redes Integrales de Prestadores de Salud

EL Gobierno definió las Redes Integrales de Prestadores de Salud (RIPSS) como “el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un



ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.

Este nuevo modelo de organización para prestar servicios de salud se implementará a partir del año 2020 en asocio con la Red de Salud Departamental, teniendo la posibilidad de ser servicio primario en el Adulto Mayor y complementario en lo que corresponde a cuidados crónicos paliativos.

Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

La Ruta Integral de Atención en Salud es una herramienta obligatoria, que consolida las acciones colectivas e individuales que integran el manejo del riesgo de la enfermedad y orienta las intervenciones. El objetivo es mantener la salud, recuperarla o abordar la rehabilitación. Para ello se establecen tres tipos: la primera es la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la segunda ruta es de grupo de riesgo, y la tercera ruta es específica de atención.

La institución adoptará las rutas integrales definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para mantenimiento del Adulto Mayor y las demás que estén relacionadas con el Adulto Mayor.

DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO ANÁLISIS EXTERNO

DIMENSIÓN EXTERNA – ENTORNO

ANÁLISIS DE POBLACIÓN

Con base en la información histórica proporcionada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, para el año 2018 la población del Cali en cuanto refiere al grupo Etéreo mayor de 60 años, esta llega a 323.507 adultos mayores, y en otros municipios del departamento de Valle del cauca son 15.166 adultos mayores para un total de 338.673 personas. En conclusión, la población adulta mayor del Cali representa un 95.92% del total en este rango para el año 2018.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS MAYORES DE 60 AÑOS AÑO 2018

EDADES	CALI	Otros Municipios en la que la ESE no tiene sede	TOTAL
60 a 64	106.150	4.996	111.146
65 a 69	79.891	3.779	83.670
70 a 74	56.414	2.630	59.044
75 y mas	81.052	3.761	84.813
Total, hombres	131.439	6.990	138.429
Total, mujeres	192.068	8.176	200.244
Total, Población	323.507	15.166	338.673

FUENTE: DANE

Con base en la información histórica proporcionada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, para el año 2019 la población del Cali en cuanto refiere al grupo Etéreo mayor de 60 años, esta llega a 337.391 adultos



mayores, y en otros municipios del departamento de Valle del Cauca son 16.000 adultos mayores para un total de 352.391 personas. En conclusión, la población adulta mayor del Cali representa un 95.92% del total en este rango para el año 2019, conservando la misma proporción a pesar de crecer este grupo en un 3.89% respecto al año inmediatamente anterior.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS MAYORES DE 60 AÑOS AÑO 2019

EDADES	CALI	Otros Municipios en la que la ESE no tiene sede	TOTAL
60 a 64	11.0405	5.278	115.683
65 a 69	83.568	4.009	87.577
70 a 74	59.269	2.806	62.075
75 y mas	83.149	3.907	87.056
Total, hombres	136.228	7.358	143.586
Total, mujeres	200.181	8.642	208.823
Total, Población	336.391	16.000	352.391

FUENTE: DANE

Con respecto a la población de aseguradores o pagadores correspondiente al año 2019, se obtuvo que se cuenta con 89.618 personas en total como clientes potenciales asegurados por prestador, donde EMSSANAR EPS, tiene un total de 61.488 afiliados para una participación del 68.61%, mientras que en segundo lugar esta COOSALUD EPS con 26.365 afiliados para un 29.41%, y finalmente esta ASMETSALUD EPS con 1.765 afiliados para una participación del 1.97%.

CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

Para el año 2018 las proyecciones de población del DANE corresponden a 2'445.405 habitantes en Santiago de Cali, con un 47.8% (1.168.899) de población masculina y un 52.2% (1.276.506) de población femenina, con un índice de masculinidad de 92, lo que significa que por cada 100 mujeres residentes en Cali hay 92 hombres. Esta situación deficitaria se observa a partir del grupo de 30-34 años como consecuencia del mayor riesgo de mortalidad en el grupo masculino. El mayor porcentaje de habitantes corresponde a la población de 20 a 24 años (8,39%) seguida de la población de 25 a 29 años (8,35%), mientras el grupo con menor población corresponde a los mayores de 80 años. Al comparar la población entre 2018 y 2005 el total de habitantes se incrementa en 300.271 correspondiente a 14.20% entre este periodo y al 1.18% anual.

Los resultados obtenidos en el censo realizado en el año 2018 fueron:

Información general

Cali | Población total | 2018

Fuente: DANE - Dirección de Censos y Demografía

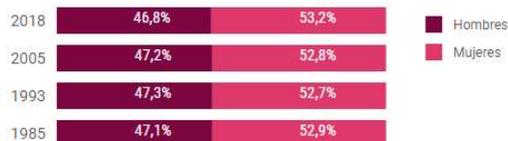
1.822.871

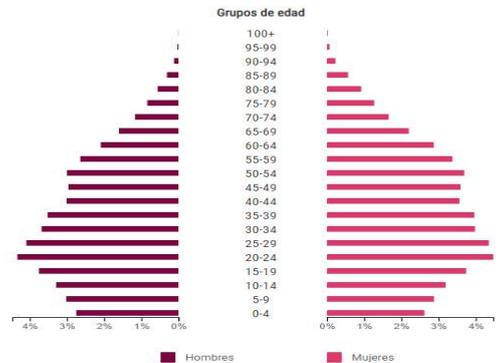
personas efectivamente censadas

Fuente. DANE, Censo población 2018

Cali | Distribución de la población por sexo | 2018

Fuente: DANE - Dirección de Censos y Demografía





Fuente: DANE, Censo población 2018

La distribución por grupos de edad muestra variaciones entre los cuales se resaltan las primeras edades, un descenso proporcional hasta el grupo de edad de 10 a 14 y a partir de los 45 y más años se observa un incremento en la proporción de población, siendo el grupo de 60-64 años el de mayor crecimiento.

La tendencia en términos generales de población caleña, muestra como la proporción de los menores de 15 años es cada vez menor como consecuencia de controles en la natalidad, mortalidad prematura y violencia frente a un aumento en la proporción de población de adultos mayores como resultado de la transición demográfica, epidemiológica y del incremento en la esperanza de vida, lo que se expresa como un envejecimiento incipiente de la población.

El índice de vejez: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2018 de cada 100 personas, 13 tienen 60 años y más, cifra mayor a la registrada en el 2005 que fue de 10. Se observa el proceso de envejecimiento gradual de la población.

El índice de envejecimiento: Representa la relación entre la cantidad de personas adultas de 60 y más años de edad y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años. En el año 2018 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 60 personas de 60 y más años, esta cifra se ha incrementado con respecto al año 2005 que registro 36, con tendencia al incremento. Muestra la velocidad de envejecimiento de la población y los cambios en la estructura de la población.

Índice de dependencia de mayores: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2018, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 13 tienen más de 65 años. Presenta un incremento con respecto al 2005 que fue de 10 y se prevé un aumento para el año 2020.

El índice demográfico de dependencia: Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2018 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 45 menores de 15 años y mayores de 65 años. Presenta una disminución con respecto a las cifras del 2005 y se estima que continúe similar a los datos del 2020. Muestra la carga que soporta la población en edad laboral frente a los que están por fuera de ella.¹

Para la población adulta en Cali beneficiarios del programa Colombia Mayor se observa una mayor proporción de mujeres que en hombres siendo más evidente entre los 70 y 75 años; para el caso de los hombres solo alcanzaron el 36% de los beneficiarios activos.

¹ Fuente: ASIS Municipal 2018



FEMENINO		MASCULINO	
Rango de edad	Número de beneficiarios	Rango DE EDAD	Número de beneficiarios
menor o igual a 39 años	1	menor o igual a 39 años	0
52 a 57 años	3	52 a 57 años	0
58 a 63 años	1979	58 a 63 años	50
64 a 69 años	5108	64 a 69 años	2510
70 a 75 años	7058	70 a 75 años	4775
76 a 81 años	6411	76 a 81 años	4131
mayor o igual a 82 años	6106	mayor o igual a 82 años	3222
Total general	26.666	Total general	14.688

Fuente: Observatorio De Envejecimiento Y Vejez De Cali

depto.	NOMBRE DPTO	NOMBRE MPIO	SEXO	TOTAL, POBLACION					
				2018	2019	2020	2021	2022	2023
Valle del Cauca	Cali		AMBOS SEXOS	2,227,642	2,241,491	2,252,616	2,264,748	2,280,907	2,297,230
Valle del Cauca	Cali		HOMBRES	1,042,615	1,047,385	1,050,869	1,052,085	1,052,717	1,053,911
Valle del Cauca	Cali		MUJERES	1,185,027	1,194,106	1,201,747	1,212,663	1,228,190	1,243,319

FUENTE: CENSO DANE 2018

SITUACION DE GRUPOS ESPECIFICOS DE POBLACIÓN

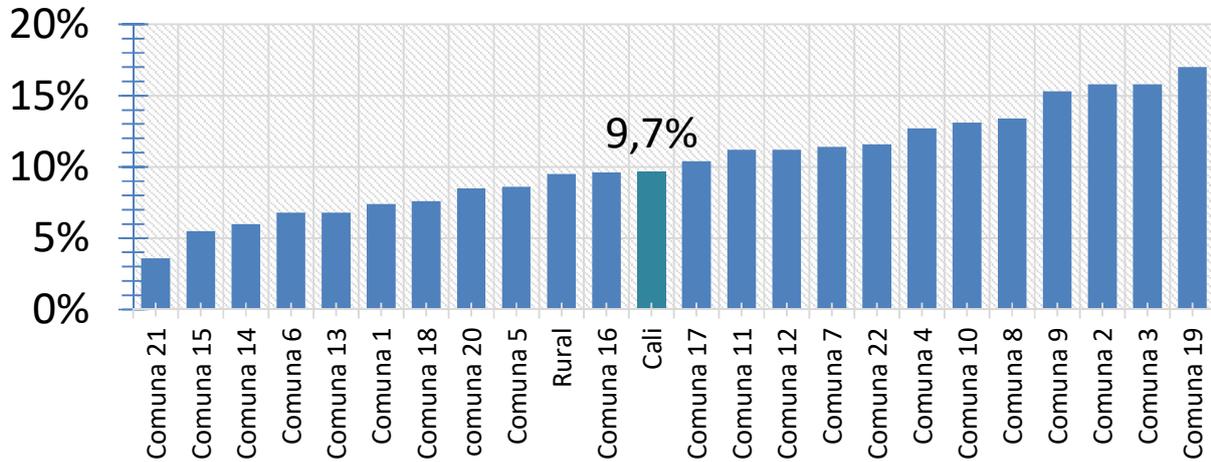
POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS

De acuerdo con los datos de población de Cali, según el programa Adulto Mayor de la Alcaldía de Cali (42), en la ciudad, según proyecciones con base al censo 2005, en 2016 el 9,6% de la población era mayor de 60 años, siendo el 8,6% hombres y 10,7 mujeres. La ciudad de Cali ostenta un mayor peso porcentual de los adultos mayores que el total nacional: el porcentaje de adultos mayores en Cali en el 2005 alcanzaba 9,6% frente a 8,9% del total nacional; las proyecciones de población sugieren que en el 2020 Cali tendrá 14,03% de población adulta mayor.

Las comunas 19, 2, 10, 8, 13, 6, 11 y 17 concentran aproximadamente más del 50% de la población adulta mayor en la ciudad; las comunas más distintivas se sitúan en el corredor norte-sur de la ciudad, en su mayoría de alta estratificación social. En estas comunas es superior el porcentaje de población adulta mayor; el índice de envejecimiento, que en el 2005 alcanzaba un valor de 26 personas mayores de 65 años por cada cien personas menores de 15 años del total de la ciudad, registraba respectivamente en la comuna 19, 2 y 3 valores de 74, 59 y 54, respectivamente. En contraposición en el otro extremo se encuentran comunas como la 21, 15, 14, 13, 6 y 1 que ostentan el menor índice de envejecimiento; en su mayoría comunas de baja estratificación social.



Porcentaje De Población Mayor De 60 Años Por Comuna



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, Programa Adulto mayor.

El 40% de los adultos mayores viven en hogares extensos, 30% en hogares nucleares completos, 14,4% en hogares unipersonales y 14,4% en hogares nucleares incompletos, como las tipologías más importantes de conformación de hogares (42). Llama la atención el significativo porcentaje de esta población que habita en soledad.

Con relación con el tipo de afiliación a salud, en 2012, 69% se encuentra en el régimen contributivo, 25,8% en el subsidiado, 0,8% en el especial y 4,4% no tiene cobertura. De otro lado, la tasa de pensiones apenas cubre a 26,2% de la población adulta mayor resultado preocupante si tenemos en cuenta que apenas 11% se encuentra cotizando a pensiones. (42) Esto significa que solo aproximadamente 38% de la población adulta mayor en Cali podría disfrutar de un aseguramiento en la vejez.

Según la Encuesta de Calidad y Vida 2012 – 2013, citada por el Programa Adulto Mayor de la Alcaldía de Cali (42), las comunas 21, 8 y 12 presentan los porcentajes más altos de personas adultas mayores que presentan alguna enfermedad crónica, superan el 53,8%. En menor medida las comunas 19, 22 y 13 se encuentran por debajo de 37,3%. Por otro lado, la población mayor de 60 años que no tiene ninguna enfermedad crónica está ubicada en su mayoría en las comunas de alta estratificación, como la comuna 19 y 22, con porcentajes superiores al 60%

El Ministerio de Salud publicó la POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2015-2024(43) cuyos objetivos generales son:

Propiciar que las personas adultas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos con base en la incidencia activa, a nivel intersectorial y territorial, público y privado, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos, las familias y la sociedad.

Crear condiciones para el envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social.

POBLACION POR ASEGURADOR O PAGADOR AÑO 2019

La ESE, maneja dos tipos de población para efectos de su venta de servicios, un régimen especial con el Magisterio y el régimen subsidiado en salud con cinco tipos de empresas, se puede destacar EMSSANAR EPS, como el mayor aportante de



población, seguido de ASMET SALUD EPS, en tercer lugar, COOSALUD EPS, un cuarto lugar para población pobre no asegurada.

POBLACION POR ASEGURADOR O PAGADOR AÑO 2019

Población					Departamento	Municipio				
					VALLE DEL CAUCA		Total, VALLE DEL CAUCA	Total, general		
Grupo	Tipo de Régimen	Nit EAPB	Nombre EAPB	Clasificación Sisbén	CALI	YUMBO				
Régimen Excepción	Magisterio	830023202-1	COSMITET	Especial	0	0	0	0		
			Total, COSMITET		0	0	0	0		
	Total, Magisterio				0	0	0	0		
Total, Régimen Excepción					0	0	0	0		
Régimen Subsidiado	Régimen Subsidiado	8140003371	EMSSANAR EPS	Nivel 1	68,175	0	68,175	68,175		
			Total, EMSSANAR EPS		68,175	0	68,175	68,175		
		8170002483	ASMET SALUD EPS	Nivel 1	2,737	0	2,737	2,737		
			Total, ASMET SALUD EPS		2,737	0	2,737	2,737		
		8002492410	COOSALUD EPS	Nivel 1	29,726	0	29,726	29,726		
			Total, COOSALUD EPS		29,726	0	29,726	29,726		
		817000248-3	ASMET SALUD	No clasificada	0	37,608	37,608	37,608		
			Total, ASMET SALUD		0	37,608	37,608	37,608		
		Total, Régimen Subsidiado					100,638	37,608	138,246	138,246
		Total, Régimen Subsidiado					100,638	37,608	138,246	138,246
PPNA	PPNA	(en blanco)	(en blanco)	No clasificada	153,719	0	153,719	153,719		
			Total (en blanco)		153,719	0	153,719	153,719		
	Total, PPNA				153,719	0	153,719	153,719		
Total, PPNA					153,719	0	153,719	153,719		
Total, general					254,357	37,608	291,965	291,965		

Estas poblaciones son nuestros potenciales clientes para fortalecer el funcionamiento de la ESE mediante la prestación del servicio de salud y también con los servicios de servicio de protección integral y larga estancia para adulto mayor, la principal estrategia de este servicio es fomentar mediante la difusión del portafolio que tenemos para que nuestro esquema de negocio sea rentable.

El potencial de población se estima en 291.965 personas que están vinculadas en estas empresas, de las cuales el principal mercado se encuentra en la ciudad de Cali con 254.357 personas, y en el municipio de Yumbo donde el potencial se estima en 37.608 personas, en valoración porcentual cada una de ellas pondera la siguiente participación: Cali con un 87.11 % y Yumbo con un 12.89%.

Esto demuestra que el mercado potencial más influyente para nuestra ESE se encuentra concentrado en la ciudad de Cali, sin embargo, no se puede desconocer que el resto del departamento de Valle del Cauca es un segmento muy importante que se puede explotar con servicios de salud y servicio de protección integral y larga estancia para nuestra institución.



ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Las causas de morbilidad general por consulta externa que más se presentan en el año 2017 se explican en el siguiente cuadro, dada la población de adultos mayores que manejamos, estas condiciones se concentran en la hipertensión esencial, la demencia no especificada, la contractura muscular y el hipotiroidismo como las causas con mayor tasa de incidencia, sin desconocer las demás causas que no dejan de ser igual de importantes en su cuidado y tratamiento, puesto que ellas forman parte de la cotidianidad de la institución.

Para los años 2018 y 2019 la tendencia es persistente en cuanto a estas causas de morbilidad general por consulta externa, ya que nuestros pacientes son adultos mayores (60 años en adelante), donde la frecuencia de atención será similar cada año y de manera recurrente.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL PERÍODO 2017-2020

Contexto

La institución HGYASM cuenta con más de 300 adultos mayores con un promedio de edad de 70 años, considerándose esta población como la zona de influencia. Se encuentran repartidos entre los diferentes servicios que se ofrecen de la siguiente manera:

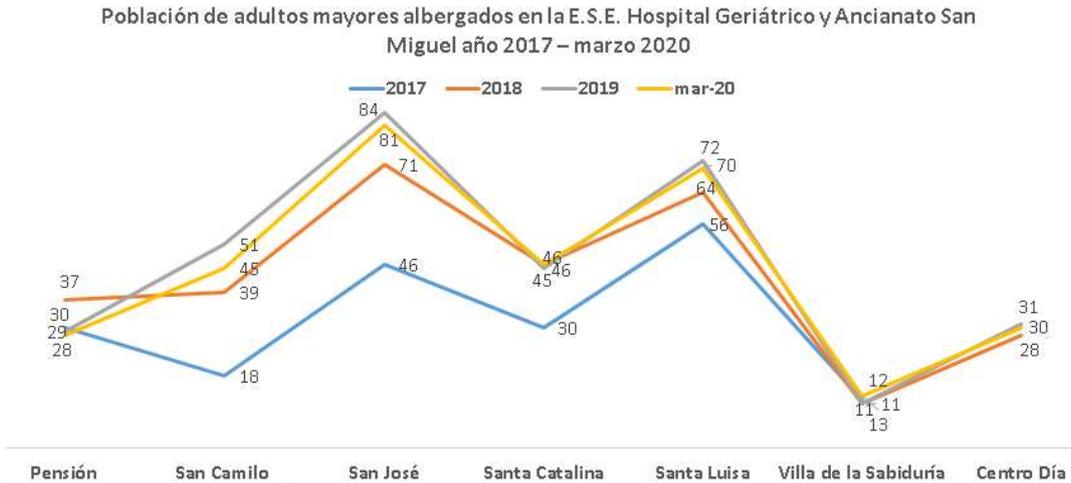
Población de adultos mayores albergados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel año 2017 – marzo 2020

Sala	2017	2018	2019	marzo 2020
Pensión	30	37	29	28
San Camilo	18	39	51	45
San José	46	71	84	81
Santa Catalina	30	46	45	46
Santa Luisa	56	64	72	70
Villa de la Sabiduría	12	11	11	13
Centro Día	28	28	31	30
TOTAL	220	296	323	313

Fuente: Área de atención al usuario de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel



Población de adultos mayores albergados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel año 2017 – marzo 2020



Se puede inferir que el comportamiento de la población en los últimos cuatro años, es el mismo, siendo los pabellones San José y Santa Luisa lo que albergan mayor cantidad de adultos mayores. El total de la población tuvo un comportamiento creciente año a año, comenzando por 220 en el año 2017 y finalizando con 313 hasta marzo del presente año.

Morbilidad

De acuerdo a lo reportado por el personal, se toma como referencia el año 2017 para hacer comparación de los números observados en los demás años.

Diagnósticos por morbilidad de adultos mayores albergados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel año 2017 – marzo 2020

Diagnóstico	2017	2018	2019	mar-20
hipertensión Esencial (primaria)	300	172	239	174
demencia, no especificada	98	73	45	18
contractura muscular	54	40	18	
hipotiroidismo, no especificado	54	42	43	22
sinofaringitis aguda (resfriado común)	26			
infección viral, no especificada	20		18	
caída no especificada: vivienda	19	53		20
enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	18	45	50	29
diabetes Mellitus	31	62	97	16
pneumonía bacteriana, no especificada	15			
olor en miembro		38		



ecuelas de enfermedad cerebrovascular, no especificada como hemorrágica u oclusiva		21		
sqizofrenia, no especificada		21	25	
fección de vías urinarias, sitio no especificado		14		
iperplasia de la próstata			22	21
nfermedad de Parkinson			16	
rastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente				18
iarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso				12
atarata, no especificada				11

Fuente: Área de Estadística de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

El primer diagnóstico coincide con lo reportado por el Municipio en el más reciente ASIS, con una enfermedad del sistema circulatorio en la población general. (Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-Cali-2018.pdf>).

Se sugiere revisar los diagnósticos que se están realizando, especialmente los referentes a sintomáticos respiratorios debido a que se observa un sub registro de los mismos, esta observación se realiza debido a que se tiene conocimiento del aislamiento que se ha realizado durante los últimos meses del presente año.

Existen diagnósticos prevalentes desde el año 2017 hasta marzo 2020, estos se relacionan en la tabla3:

Diagnósticos por morbilidad de adultos mayores albergados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel año 2017 – marzo 2020

Diagnóstico	2017	2018	2019	mar-20
Hipertensión Esencial (primaria)	300	172	239	174
Demencia, no especificada	98	73	45	18
Contractura muscular	54	40	18	
Hipotiroidismo, no especificado	54	42	43	22
Caída no especificada: vivienda	19	53		20
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	18	45	50	29
Diabetes Mellitus	31	62	97	16

Fuente: Área de Estadística de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

Se infiere en primera instancia que los diagnósticos prevalentes entre los años 2017 hasta marzo 2020, corresponden a los más comunes de la población de análisis, es decir, adultos mayores



Mortalidad

Diagnósticos por mortalidad de adultos mayores albergados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel año 2017 – marzo 2020

Diagnóstico	2017	2018	2019	mar-20
rombosis arterial	2			
esnutrición – Infarto agudo de miocardio	1			
uerte cardiaca súbita	1			
aro cardiorrespiratorio	4		2	1
infarto agudo de miocardio	17	11	9	
neumonía		6	10	2
sepsis		2	5	1
falla ventilatoria			1	
hipocalemia				
falla renal			1	
antrógeno digestivo			1	1
shock séptico		1		
tuberculosis pulmonar		1		
accidente cerebrovascular				2
asfíxia mecánica				1
broncoaspiración				1
cáncer de colon				1
enfermedad pulmonar obstructiva				2
hemorragia de vías digestivas altas				1
infección bacteriana				1

Fuente: Área de Estadística de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

En términos generales, la mortalidad más alta se presenta por enfermedades no transmisibles (infarto agudo de miocardio), en concordancia de lo reportado por el ASIS.

En el año 2017 se tuvieron 635 atenciones, para el año 2018 un total de 567 casos y en el año 2019 un total de 627 casos,

MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2017

No.	CAUSA	N° CASOS	%	Tisa x 100.000 Hb.
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	300	47,24%	47
2	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	98	15,43%	35
3	CONTRACTURA MUSCULAR	54	8,50%	34
4	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	54	8,50%	24
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	26	4,09%	21



6	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	20	3,15%	16
7	CAIDA NO ESPECIFICADA: VIVIENDA	19	2,99%	12
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	18	2,83%	9
9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	31	4,88%	8
10	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	15	2,36%	7
	Total	635		

Fuente: Estadística, Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2018

No.	CAUSA	N° CASOS	%	Tasa x 100.000 Hb.
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	172	30,34%	97
2	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	73	12,87%	39
3	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	62	10,93%	31
4	CAIDA NO ESPECIFICADA: VIVIENDA	53	9,35%	19
5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	45	7,94%	17
6	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	42	7,41%	8
7	CONTRACTURA MUSCULAR	40	7,05%	8
8	DOLOR EN MIEMBRO	38	6,70%	8
9	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	21	3,70%	7
10	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	21	3,70%	7
	Total	567		

Fuente: Estadística, Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

Analizando las 10 primeras causas de consulta de morbilidad en el año 2018, se observa que las dos primeras causas de que son Hipertensión esencial (primaria), Demencia no especificada persisten desde el año 2019.

MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2019

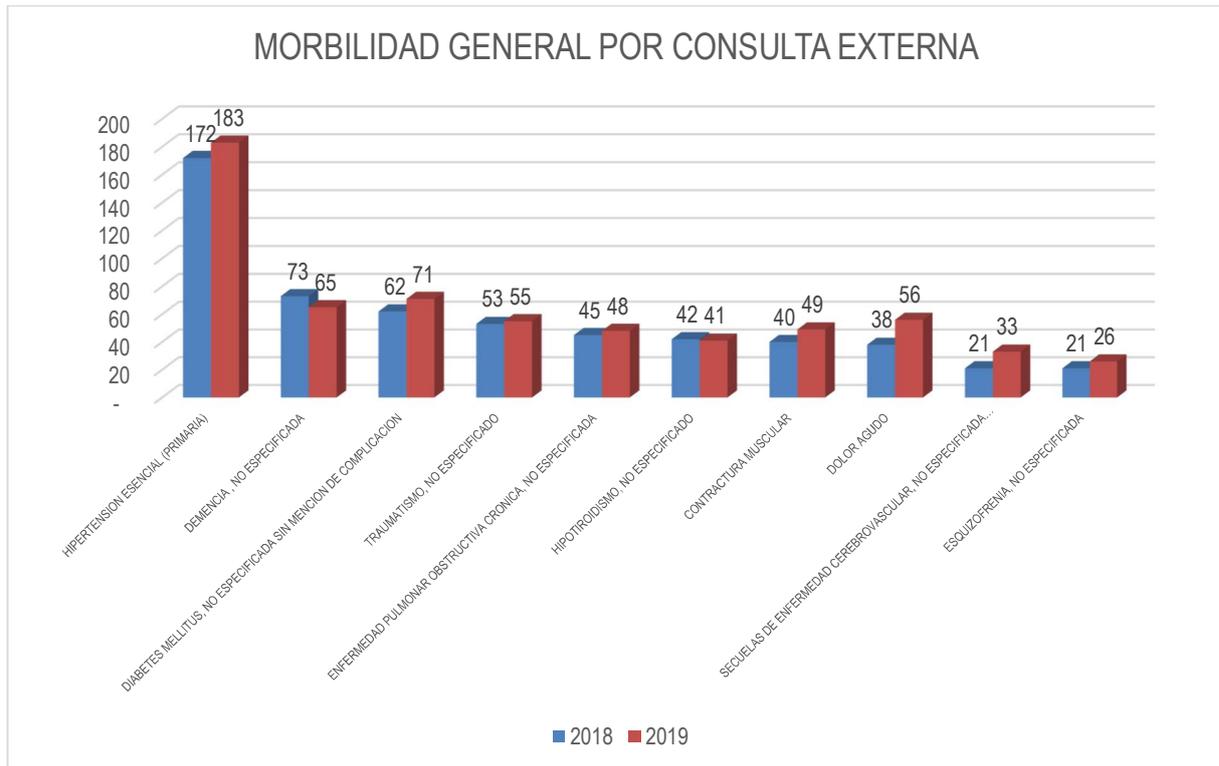
No.	CAUSA	N° CASOS	%	Tasa x 100.000 Hb.
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	183	29.19%	97
2	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	65	10.37%	39
3	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	71	11.32%	31
4	CAIDA NO ESPECIFICADA: VIVIENDA	55	8.77%	19
5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	48	7.66%	17
6	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	41	6.54%	8
7	CONTRACTURA MUSCULAR	49	7.81%	8
8	DOLOR EN MIEMBRO	56	8.93%	8
9	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U	33	5.26%	7



	OCCLUSIVA			
10	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	26	4.15%	7
	Total	627		

Fuente: Estadística, Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

Realizando la comparación del año 2018 y 2019, se encuentran dos escenarios que se describen a continuación:



Fuente: Estadística, Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel

Los diagnósticos de Hipertensión esencial (primaria), Demencia no especificada, Hipotiroidismo y Contractura muscular, presentaron aumento en el año 2018 además se presentaron nuevos diagnósticos: Neumonía bacteriana no especificada, Infección viral no especificada y Rinofaringitis aguda (resfriado común).

Teniendo en cuenta los servicios habilitados se prestan en modalidad intramural y al ampliar nuestra oferta a otros adultos mayores institucionalizados ya sea en servicio de protección integral y larga estancias, Ancianato o centro vidas se hace necesario aumentar el portafolio de servicios en 8 servicios tales como otras actividades de apoyo, optometría, cuidados paliativos en modalidad intramural, medicina interna, urología y cardiología por telemedicina; por último hospitalización día para fortalecer centro para vida y hospitalización domiciliaria además la apertura a 50 camas hospitalarias.

MORBILIDAD HOSPITALARIA

Referente al tema de la morbilidad hospitalaria, para el año 2019, se presentan 32 casos, de los cuales la mayor tasa de incidencia se presenta con neumonía no especificada con 8 casos que representan el 25%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada con 6 casos para un 18.75%, y la infección y reacción inflamatoria debidas a prótesis de válvula cardiaca con una frecuencia de 4 casos que representan un 12.50%, de ahí en adelante la incidencia de las otras



causas es baja pero igualmente significativa.

MORBILIDAD HOSPITALARIA AÑO 2019

No. ORDEN	CAUSA	No CASOS	%	Tasa X 10.000 Hab.
1	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	8	25.00%	0.26
2	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	6	18.75%	0.19
3	INFECCION Y REACCION INFLAMATORIA DEBIDAS A PROTESIS DE VALVULA CARDIACA	4	12.50%	0.13
4	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	2	6.25%	0.06
5	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	2	6.25%	0.06
6	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	2	6.25%	0.06
7	DIARREA FUNCIONAL	2	6.25%	0.06
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	2	6.25%	0.06
9	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	2	6.25%	0.06
10	HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	2	6.25%	0.06
	TOTAL	32		

Fuente: HGYASM - ESE

MORTALIDAD HOSPITALARIA

La mortalidad hospitalaria en el año 2019 presenta 21 casos, donde el infarto agudo de miocardio se presentó en 11 casos para un 52.38% del total, la neumonía con 6 casos para un 28.57%, la septicemia con 3 casos en el año para un 14.29% y finalmente la tuberculosis de pulmón con un caso para un 4.76%.

MORTALIDAD HOSPITALARIA AÑO 2019

No. ORDEN	CAUSA	No CASOS	%	TASA POR 10.000 HAB.
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	11	52.38%	0.03
2	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	28.57%	0.03
3	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	3	14.29%	0.03
4	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	1	4.76%	0.03
	TOTAL	21		

Fuente: HGYASM - ESE

INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA

La competencia entre las empresas es la que garantiza el uso eficiente de los recursos de la economía de una empresa, es la fuerza prioritaria en el desarrollo económico; para analizar los servicios que presta una empresa se necesita saber cómo opera la competencia, y hasta donde es limitada la prestación del servicio, es decir que fallo de mercado tiene.

Con respecto a las IPS que se constituyen en nuestra competencia directa, observamos que los servicios que manejan son de baja complejidad.

Para la competencia de prestación de servicios el mayor reto es diseñar los mecanismos adecuados para enfrentarse de manera eficiente a los fallos de mercado, logrando un mejor resultado que beneficie a la sociedad; la competencia es



indispensable en el sector e impulsa reducciones efectivas de costo para los usuarios.
El área de influencia de la ESE cuenta con 3 competidores, como lo son:

Red de salud centro ESE
ESE Red de salud de ladera
Fundación Cottolengo

Donde los dos primeros son instituciones de baja complejidad que prestan algunos servicios similares a los nuestros, pero con una especialidad que los diferencia como es el caso de cáncer para ESE Centro y materno perinatal para la ESA ladera.

En cuanto al servicio social de Ancianato, la fundación Cottolengo cuenta con una capacidad instala inferior a la nuestra, quienes serían básicamente la competencia directa en la prestación de este servicio.

Se tomó como referencia la Red De Salud Del Centro Del Municipio De Santiago Cali, como competencia los mismos servicios que se ofrecen en la entidad, pero realmente no se tiene una entidad pública en el Valle del Cauca que preste los mismos servicios, como Servicio De Servicio de protección integral y larga estancia Y Residencia, Centro Día y dentro de la misma institución la **IPS** para la atención de servicios de salud de baja complejidad, garantizando la calidad de vida de nuestros Adultos Mayores residentes en la Institución.

SEDES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE MANERA SIMILAR

Municipio	Nombre de la Sede	Grupo Capacidad	Nombre de la Cama / Sala	Cantidad
CALI	FUNDACION VALLE DEL LILI - SEDE BETANIA	CAMAS	Institución Paciente Crónico	2
CALI	E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO ANCIANATO SAN MIGUEL	CAMAS	Institución Paciente Crónico	17
CALI	UNIDAD DE SOPORTE HEMATOONCOLOGICO	CAMAS	Institución Paciente Crónico	1
CALI	LINDE COLOMBIA S.A.	CAMAS	Institución Paciente Crónico	32
CALI	CENTRO DE NEUROREHABILITACION APAES SAS 2	CAMAS	Institución Paciente Crónico	3
CALI	FUNDACION ICOMSALUD IPS	CAMAS	Institución Paciente Crónico	0
CALI	MEDICINA DOMICILIARIA DE COLOMBIA SAS AGENCIA CALI	CAMAS	Institución Paciente Crónico	0
CALI	HOGAR MEDICO DEL VALLE S.A.S.	CAMAS	Institución Paciente Crónico	2
JAMUNDÍ	OPORTUNIDAD DE VIDA SAS	CAMAS	Institución Paciente Crónico	30
JAMUNDÍ	Fundación Salud Mental del Valle	CAMAS	Institución Paciente Crónico	0
YUMBO	CENTRAL CARE SANTA MARTA	CAMAS	Institución Paciente Crónico	2

En el Valle del Cauca, solamente existen 89 camas habilitadas para cuidado crónico paliativo en diferentes instituciones,

En el sector público, el Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel, es el único que oferta 17 camas en crónicos, y, además, 13 camas de hospitalización de baja complejidad. En el mes de octubre, se estará habilitando 23 camas más, para la población Adulta Mayor en el desescalamiento, además del programa de Orto geriatría y ACV. Con el fortalecimiento del área de rehabilitación, la cual tiene un costo de \$904.040.153 y fue aportado por la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali.

La anterior es la prestación del servicio del REPS, las cuales tienen atención institucional de paciente crónico.



ANÁLISIS DE MERCADO Y COMPETITIVIDAD

Para el desarrollo de este análisis es necesario aplicar un modelo CANVAS por su enfoque integral y sistemático. Se es necesario mejorar la relación con los clientes, realizar el pago de los servicios públicos para reactivar la totalidad de las líneas telefónicas, mejorar la página web haciéndola más amigable, y, activando las redes sociales. Difundir a la comunidad los servicios que se prestan en la Institución haciendo una transición de Call center a un social center.

En la actualización de la Red de Prestación De Servicios Del Valle Del Cauca y de Cali se incluyó al Hospital como Referente En La Atención Del Adulto Mayor con características del anciano frágil, es decir que abre la posibilidad de no solo atender a la población cautiva si no a los Adultos Mayores (anciano frágil) del Municipio de Santiago de Cali, que serán remitidos de los demás Hospitales del Municipio. Esto nos ampliaría nuestra venta de servicios y aumentaría los ingresos.

INFRAESTRUCTURA		OFERTA	CLIENTES
ALIANZAS	RECURSOS CLAVE	PROPUESTA DE VALOR	CANALES
	TALENTO HUMANO CALIFICADO	 <p>OFRECEMOS UN SERVICIO DE INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR BASADO EN UN MODELO DE ATENCIÓN CONTRATADA EN LA PERSONA A TRAVÉS DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.</p> <p>- ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>-ALBERGUE</p> <p>-CENTRO VIDA</p>	PAGINA WEB
ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI PROVEEDORES UNIVERSIDADES POBLACION ADULTA MAYOR ESCUELAS DE ENFERMERIA INSTITUTOS DE GERONTOLOGIA PROVEEDORES BENEFACTORES	RECURSOS FINANCIEROS		REDES SOCIALES
	INFRAESTRUCTURA PROPIA Y ADECUADA		VOZ A VOZ
	MAQUINARIA Y EQUIPO		
	MOBILIARIO CLINICO		
	ACTIVIDADES CLAVE		RELACIONAMIENTO CON CLIENTES
	CAPACIDAD DE NEGOCIACION		CONFIANZA 
	CALIDAD DE SERVICIO		CONFIABILIDAD
	CONTROL ADMINISTRATIVO		SEGURIDAD DEL PACIENTE
	INNOVACION		SEGMENTOS DE CLIENTES
	TRATO HUMANIZADO Y DIGNO 	EPS	
	ENTES TERRITORIALES (SECRETARIAS DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y RECREACIÓN)		
	ADULTOS MAYORES PARTICULARES 		
		FINANZAS	
ESTRUCTURA DE COSTOS		FLUJO DE INGRESOS	
INFRAESTRUCTURA		VENTAS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	
MANO DE OBRA		VENTA POR EL SERVICIO DE ALBERGUE Y CENTRO DE ATENCIÓN	
TECNOLOGIA		OTROS INGRESOS ARRENDAMIENTOS	
	DONACIONES		

OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

Otro aspecto a considerar en cuanto al análisis de competitividad de la ESE, es que es importante tener en cuenta que es un prestador de servicios monopólico en el sentido que es el único prestador de servicios de salud especializado en la atención de población de Adulto Mayor en el departamento de Valle del Cauca, en este sentido se convierte en una fortaleza muy significativa en el manejo, cuidado y atención del adulto mayor, además los servicios complementarios asociados con que se cuenta como lo son el servicio de protección integral y larga estancia de adulto mayor y el centro de atención día son servicios transversales que hacen que nuestros servicios sean integrales.

Adicionalmente a estos aspectos es fundamental definir que existen las siguientes fortalezas institucionales, legales y



normativas que avalan la política pública sectorial en pro de la atención, cuidado y bienestar del adulto mayor:

- Normatividad regulatoria sectorial
- Plan Decenal de Salud Pública - PDSP
- Modelo de Atención Integral en Salud Territorial – MAITE
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
- Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
- Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS
- Determinantes sociales de salud y factores de riesgo
- Plan de Desarrollo Nacional – Departamental – Municipal
- Plan Territorial de Salud - PTS
- Plan Financiero Territorial de Salud - PFTS
- Plan Bienal de Inversiones Territorial
- Plan Maestro de Equipamiento de Salud Territorial
- Plan de beneficios con cargo a la UPC – EAPB (Procedimientos: Individual; Familiar; Grupal)
- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – ET (Intervenciones: Familiar; Colectivas)
- Reglamentación sobre las condiciones en infraestructura en IPS
- Sistemas de Información en Salud
- Sistemas de Incentivos en salud
- Política Nacional de Talento Humano en Salud
- Política Farmacéutica Nacional

Es importante considerar también que la ESE logra analizar las acciones desarrolladas por la Entidad Territorial, frente a la vigilancia permanente a las EPS del régimen subsidiado que confluyen en el territorio, y si estas, advirtieron oportunamente sobre situaciones relevantes a la SNS para lo de su competencia (Art. 14, Decreto 971 de 2011). Dentro de los procesos evaluados, se tienen:

- Procesos de afiliación.
- Reporte de novedades.
- Garantías de acceso a los servicios.
- Red contratada para la prestación de servicios de salud.
- Suministro de medicamentos. - Pago a la red de prestadores.
- Oportunidad en la prestación de los servicios. - Satisfacción de los usuarios.
- Prestación de servicios de Promoción y Prevención.

ANÁLISIS INTEGRAL - RELACIÓN DE PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADAS

De lo expuesto anteriormente se identifica situación muy particular que es, un mercado sin competencia prácticamente situado en oligopolio, donde la ESE es el único prestador público en atención en salud para el adulto mayor en el departamento de valle del cauca. Del estudio de mercado se derivará el conocer realmente a todos sus competidores y las necesidades de la población, para poder ajustar los servicios a lo que demandan y requieren los habitantes del municipio de Cali y valle del cauca en general.

Correlacionando los servicios ofertado con lo establecido por la red, la ESE puede ampliar nueve Servicios nuevo como son: urología, dermatología, otorrino, oftalmología, cardiología, medicina interna. Mucho de estos pueden brindare a través de TELE MEDICINA.

Los servicios de cuidado crónico paliativo en la red pública solamente son ofertados por la ESE HOSPITAL GERIATRICO Y



ANCIANATO SAN MIGUEL. Y hay una oferta en el valle del cauca de 89 camas de cuidado crónico.

Hay una falta de interés por la contratación con la EAPB de cuidados crónicos y paliativos por su costo y la atención de larga estancia.

La ciudadanía percibe la ese como una institución de caridad, donde los servicios son gratuitos.

Se cuenta con convenio docente asistencial activo y con el concepto apto de realizar actividades docente asistencia y hay una Gran posibilidad de desarrollar investigación con universidades y de práctica de especialista como geriatría y medicina familiar. Con la universidad libre, valle, Santiago.

DOFA

PROBLEMAS	CAUSAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
NO DISPONER DE UN ESTUDIO DE MERCADO	OBSOLESCENCIA DE LA INFORMACION ECONOMICA	SER EL UNICO PRESTADOR DEL SERVICIO EN LA CIUDAD DE CALI	SE PERCIBE LA INSTITUCION COMO UN CENTRO DE CARIDAD	CARENCIA DE MECANISMOS DE INFORMACION ECONOMICA DEL SECTOR	PERDIDA DE POTENCIALES CONTRATOS Y POR ENDE ATENCION DEL ADULTO MAYOR

FORMULACIÓN DE MEDIDAS

ESTRATEGIA 1: fortalecer de manera inmediata la infraestructura física de la institución mediante la construcción de nuevos alojamientos, dotación de equipos, mobiliario y demás aditamentos propios para la operación del servicio y de esta manera ampliar la oferta de servicios de atención al adulto mayor dada la demanda creciente de nuestros servicios, los cuales en este momento no se puede suplir por la capacidad instalada actual.

ESTRATEGIA 2: Redireccionar la política institucional de la ESE de manera que nos permita establecer un crecimiento de nuestros servicios, para que con base en la captación de servicios tanto de salud como servicio de protección integral y larga estancia y centro día generen mayores ingresos permitiendo superar la coyuntura deficitaria que afronta la institución.

ESTRATEGIA 3: Fomentar la gestión administrativa en los niveles municipal y departamental para que los pasivos que se contrajo por concepto de impuestos y tasas pendientes de pago con estos entes territoriales; de esta manera alcanzar un punto de acercamiento político y gerencial para que los acuerdos pactados en materia de disminución de estos pasivos se disminuyan de manera inmediata por el Departamento y el municipio de Cali.

DIMENSIÓN INTERNA

Esta dimensión permite conocer y analizar cada uno de los aspectos propios de la ESE, identificando situaciones que se traduzcan en las causas de los problemas que inciden en la situación actual de la ESE; identificando fortalezas y oportunidades que podrán aprovecharse, junto a debilidades y amenazas que generan riesgos que deban mitigarse, esto a través del diseño de las medidas que combinen cada uno de los anteriores factores.

ASPECTOS INSTITUCIONALES

El Valle del Cauca es uno de los 32 departamentos de Colombia, situado en el suroccidente del país, entre la Región Andina y la Región Pacífica. Gran parte del departamento está en el valle geográfico del Río Cauca, entre las cordilleras occidental y central y de donde proviene su nombre. Su capital es Santiago de Cali. Limita al norte con los departamentos de Risaralda y

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

el Chocó. Al sur con el Departamento del Cauca. Al oriente con Quindío y Tolima, y al Occidente con el océano Pacífico y el Chocó.



La temperatura promedio de la región fluctúa entre los 23 y 24 °C, que corresponde al piso térmico cálido. La red hidrográfica del Valle del Cauca se compone de numerosas corrientes conformadas en dos vertientes, la del Pacífico y la del Magdalena, a través del río Cauca. Más del 86% de la población vive en ciudades y cabeceras municipales. La cobertura de servicios públicos es de las más altas del país, destacándose la electrificación, las vías y la educación. La población del departamento es sumamente variada, y se acentúa más en los extremos del mismo.

La ciudad de Santiago de Cali está ubicada en las coordenadas 3°27'00"N 76°32'00"O, en el departamento del Valle del Cauca. Geográficamente Cali está en el valle del río Cauca, el segundo en importancia del país. A la altura de Cali este valle tiene 35 km de ancho y la zona urbana esta sobre el costado occidental del río.

La parte occidental de la ciudad se encuentra custodiada por los célebres Farallones de Cali, que hacen parte de la Cordillera Occidental de los Andes colombianos.

El municipio de Cali limita al norte con Yumbo y la Cumbre, al nororiente con Palmira y al oriente con Candelaria. Al sur se encuentra el municipio de Jamundí, el área rural de Buenaventura al suroccidente y Dagua al noroccidente. Datos Generales

Altitud 995 m a.m.

Clima 23 pc

Extensión Municipal 564 KM2

Idioma Español

Moneda Peso colombiano

Predomina la Población Blanca y La Negra en la Costa Pacífica

Como llegar a Cali - Colombia

Una de las posibilidades de acceder a esta ciudad es por vía aérea, arribando a uno de los principales aeropuertos de Colombia, el Aeropuerto Internacional Alfonso Bonilla Aragón.

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

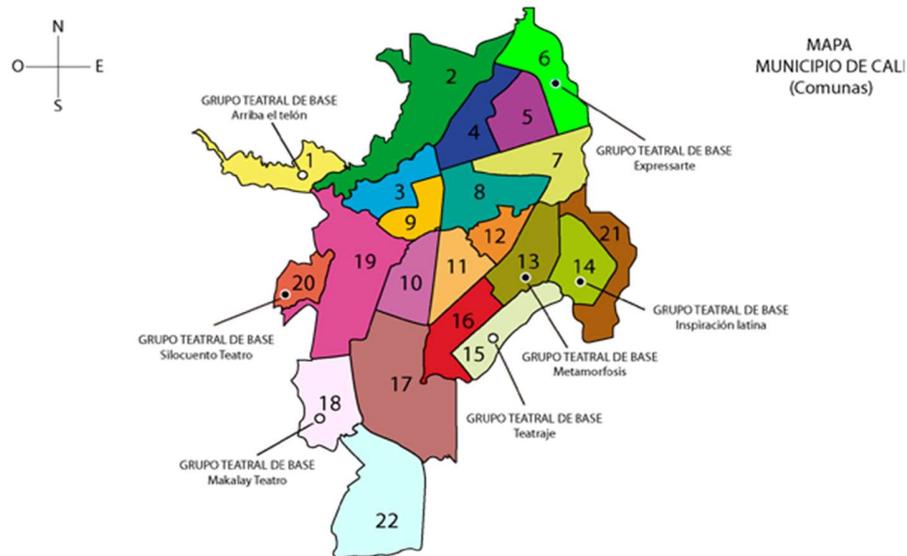
Dicho aeropuerto se encuentra ubicado muy próximo a la ciudad de Santiago de Cali, pero dentro del municipio de Palmira, hacia el norte de la ciudad.

También es importante tener en cuenta que no se requiere ningún tipo de vacuna especial para ingresar al país siempre y cuando se declare estar en viaje de turismo.

No obstante, para el caso de los pasajeros que viajan frecuentemente a Colombia, es conveniente contar con una visa de negocios, la cual se deberá solicitar en el consulado de dicho país.

Las aerolíneas de carácter internacional que diariamente operan en el Aeropuerto También es posible ingresar a la ciudad de Santiago de Cali por vía terrestre, ya que a nivel general el Valle del Cauca posee una extensa red de carreteras.

Dichos caminos hacen posible su comunicación permanente con el resto de los municipios; por otra parte, la carretera Panamericana cruza también su territorio Partiendo desde la capital Bogotá, y por la vía Panamericana, es posible llegar a Cali luego de recorrer cerca de quinientos kilómetros por carretera pavimentada.



El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ESE identificado con Nit 890303448-6, es una institución sin ánimo de lucro creada por acuerdo No. 11 del 23 de mayo de 1.917. El 19 de diciembre de 1964, reconocida por la Gobernación de Valle del Cauca mediante resolución No.4013, transformada en ESE, mediante acuerdo No. 08, el 16 de agosto de 1995, con categoría especial de Entidad Publica Descentralizada de orden Municipal de Santiago de Cali, dotada de patrimonio independiente y autonomía Administrativa y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo del título II del libro Segundo de la Ley 100 de 1.993 y demás normas que lo modifiquen, adicione y reglamenten. A partir del 01 de enero de 1.996 la entidad mantiene su calidad de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**.

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, es una EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO que tiene como objeto de acuerdo al Acuerdo 008 del 16 de agosto de 1995 del Honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención como servicio público a cargo del Estado y como parte del servicio público de seguridad social y demás servicios complementarios tendientes a garantizar el bienestar integral de la población de la tercera edad del Municipio de Santiago de Cali.

Su objetivo social es propender por brindar y mejorar las condiciones de vida a la protección de la vejez desamparada, pobre

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



y vulnerable del municipio de Santiago de Cali, teniendo en cuenta el artículo 46 de la Constitución “El estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverá la integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ESE

El Doctor HECTOR FABIO CORTES LOPEZ, es nombrado como Gerente de la E.S.E mediante Decreto No 4112.010.20.0900 del 15 mayo de 2020 expedido por el Señor alcalde Jorge Iván Ospina Gómez.

Actualmente los miembros de Junta Directiva de la Institución son seis, el representante del alcalde que es el presidente de la Junta Directiva cuyo periodo de nombramiento es de 4 años, el secretario de la Junta que es el Gerente de la Institución durante el periodo nombramiento en el cargo, la Secretaria de Salud de Cali, el Representante De Los Empleados Administrativos, el Representante De Los Empleados Del Área Asistencial Y El Representante De La Asociación De Usuarios.

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Riesgo medio
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Riesgo alto
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Riesgo alto
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Riesgo bajo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo medio
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo alto

Desde el año 2012, la institución ha estado en Riesgo Alto, solo estuvo en riesgo bajo en el año 2016, el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en el año 2013, el cual fue rechazado por la Súper Salud por parte del Ministerio de Hacienda. En el año 2017 nuevamente se presentó el PSFF el cual fue devuelto por el Ministerio de Hacienda sin revisar puesto que la Superintendencia Nacional de Salud no había realizado ninguna acción. Esta última, no realizó ninguna acción y se quedó en un limbo jurídico, dado que no hubo respuesta de ninguna de las dos.

Solo en el año 2019, a través de la ley 1955, nuevamente estamos retomando la realización de este documento.

MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA

CALIDAD MIEMBRO EN JUNTA DIRECTIVA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD	PERIODO NOMBRAMIENTO
PRESIDENTE	MIYERLANDI TORRES AGREDO	CC 38877608	20 DE FEBERO DE 2020 - 20 DE FEBRERO DE 2023
SECRETARIO DE SALUD	JANETH MARCELA RAMIREZ TORREZ	CC 31486895	24 DE FEBRERO DE 2020 - 24 DE FEBRERO DE 2023
REPRESENTANTE ASOCIACION DE USUARIOS	REINALDO REINA	CC 14937317	04 DE SEPTIEMBRE DE 2018 - 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020
REPRESENTANTE EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	ZORAIDA ORTIZ	CC 66885049	29 DE AGOSTO DE 2019 - 29 DE AGOSTO DE 2021



COMITÉ DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	E-MAIL	TELEFONOS
GERENTE	HECTOR FABIO CORTES LOPEZ	GERENCIA@ANCIANATOSANMIGUEL.COM	3173699199
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	JENNIFER CRUZ TRUQUE	SUBGERENCIA@ANCIANATOSANMIGUEL.COM	3103893597
RESPONSABLE PLANEACION Y CALIDAD	ARIADNA BOLAÑOS	CALIDAD@ANCIANATOSANMIGUEL.COM	3184471199
COORDINADOR DE INFORMACION	MARCO CEDANO	FACTURACION.HGASM@GMAIL.COM	3015488394
TECNICO ADMINISTRATIVO	MARCELA TAMAYO	ESTADISTICA@ANCIANATOSANMIGUEL.COM	3104602827
CONTADORA	ZORAIDA ORTIZ	CONTABILIDAD@ANCIANATOSANMIGUEL.COM	3215624340

CULTURA CORPORATIVA Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESE

Uno de los objetivos de la administración pública, en el marco de la función pública, es proyectar sus instituciones en la sostenibilidad del tiempo, de tal manera que sean viables financieramente, que presten su servicio para el cual fueron creadas, que mantengan una línea de tiempo sostenible, que crezcan a medida de su desarrollo como institución y por la demanda de servicios, para este efecto es importante destacar que una herramienta muy conocida y demostrada técnicamente para realizar la planeación estratégica de la institución es la planeación estratégica, para ello nos valemos de la concertación previa y con el compromiso de todos los actores institucionales de la empresa social del estado. Así las cosas, los principales elementos aportados son los siguientes:

MISIÓN

Somos una empresa social del estado que ofrece servicios de salud de baja complejidad y programas complementarios con calidad, que garantizan el bienestar integral a los adultos mayores del sur occidente colombiano asegurando los determinantes sociales con investigación y docencia y con un recurso humano multidisciplinario calificado y comprometido haciendo uso eficiente de los recursos con responsabilidad social.

VISIÓN

Ser reconocido en el año 2026 como el primer centro de referencia y hospital universitario geriátrico del sur occidente colombiano comprometidos con la atención y rehabilitación integral del adulto mayor con un modelo centrado en la persona.

POLÍTICA INSTITUCIONAL

El Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel ESE se compromete a brindar a sus usuarios una atención integral segura y humanizada promoviendo el mejoramiento continuo en nuestros procesos, procurando su satisfacción y la de su familia; apoyados por un talento humano competente y comprometidos con la gestión del riesgo, gestión de calidad, gestión de desarrollo organizacional y MECI que nos permita un posicionamiento en el sector salud como la mejor empresa social del estado en atención geriátrica en el sur occidente colombiano, manteniendo el equilibrio financiero y la rentabilidad social.



E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

POLÍTICA DE HUMANIZACION

La Empresa Social del Estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel le apuesta a un trato humanizado para todos nuestros usuarios, sus familias y funcionarios, puesto que concibe al ser humano desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual. Nuestra política de humanización supone una actitud de servicio, procurando la satisfacción del usuario y el de su familia, apoyados por un talento humano competente y motivado, y ante todo sensible respecto a las necesidades de la población atendida, esto nos permite un posicionamiento en el sector salud como la mejor Empresa Social del Estado nivel I en la atención del Adulto Mayor en el suroccidente colombiano.

ORGANIGRAMA



PRINCIPIOS ORIENTADORES

Los principios institucionales éticos son de la Empresa social del estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel son:

Lealtad: es la manifestación permanente de fidelidad que se traduce en constancia y solidaridad para con la institución en todos sus niveles.

Creatividad: nuestra imaginación, proyectos e ideas, están encaminados hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, proyectando una institución hacia el futuro.

Fidelidad: saber cumplir la palabra dada, las promesas y mantener los compromisos, aceptando las consecuencias de las propias acciones.

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

Calidad humana: pensamos principalmente en las buenas relaciones que debe haber entre los servidores públicos, colaboradores y usuarios de nuestra institución, actuando con respeto y tolerancia.

Transparencia: ser claro, evidente, informar a la sociedad sobre las actividades administrativas, financieras y los resultados de la gestión.

Responsabilidad social: contribuir con el cuidado del medio ambiente a través de la estrategia hospital verde. Aportar por medio de procesos pedagógicos en el cambio del imaginario social del proceso de envejecimiento y la vejez.

VALORES INSTITUCIONALES ÉTICOS

Los valores éticos son de la Empresa social del estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel son:

Honestidad: es actuar con honradez en correspondencia con las acciones y los deberes. Los servidores públicos cumplen con sus deberes y obligaciones de manera honesta, respetando el horario establecido y manejando de manera eficiente los bienes y recursos asignados.

Equidad: es el actuar con respeto a las personas que requieren de un servicio, sin preferencia de género, religión, posición social y económica.

Responsabilidad: disposición y diligencia en el cumplimiento de las funciones y tareas encomendadas. Los servidores públicos sin importar su cargo se apoyan en el trabajo en equipo para dar respuesta efectiva a los requerimientos institucionales y de la comunidad.

Disciplina: apoyar el trabajo en equipo para dar respuesta efectiva a los requerimientos institucionales y de la comunidad.

Respeto: es el aceptar las ideas y posturas relacionadas con la vida misma en el lenguaje y el trato. Los funcionarios del hospital reconocen y valoran el trabajo de sus compañeros, asumen las competencias propias de su función sin interferir en las de los demás.

TEMAS CLAVES DE ÉXITO

Para lograr un equilibrio operacional corriente y un ahorro en el ejercicio del programa de saneamiento fiscal y financiero y a largo plazo, y de esta manera asegurar la continuidad de la prestación del servicio público de salud de manera sostenible para en 4 años efectuar el saneamiento fiscal y financiero al 100%, mediante la aplicación de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, saneamiento de pasivos, reestructuración de la deuda, fortalecimiento de los ingresos, incremento de la productividad, implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mejoramiento de los procesos de captura, consolidación, análisis y uso de la información.

OFERTA DE SERVICIOS

La **E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL**, es una Institución de Nivel 1, siendo la única IPS que cuenta con el servicio de sociosanitaria en el Municipio de Cali, cuenta con una (1) IPS que cubren la atención de la población del Valle del Cauca en general, cuenta con servicios ambulatorios de Consulta Externa, promoción y prevención, laboratorio clínico (para toma de muestras), terapia respiratoria, ocupacional, física, pacientes crónicos, enfermería, geriatría, medicina general, nutrición y dietética, odontología general, psicología, psiquiatría, medicina alternativa (homeopática y neural), servicio farmacéutico, fonoaudiología, alteraciones en adulto mayor y atención preventiva en salud bucal; adicionalmente es fundamental establecer que los servicios conexos asociados al componente sanitario son los que apalancan el funcionamiento de la ESE, en el sentido que el servicio de protección integral y larga estancia y el centro de día nutren los servicios de salud

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



de la misma ESE.

Medicina General:

Se presta las 8 horas del día, cuenta con la habilitación expedida por la Secretaria Departamental de Salud, el servicio fue adecuado y remodelado para brindarle una mejor atención al usuario. La atención es prestada por dos médicos que cubren el servicio las 8 horas, una auxiliar de enfermería, y tres conductores que prestan el servicio de acompañamiento al paciente. el servicio cuenta con dos consultorio médicos contando que se tiene un déficit de consultorios, puesto que se tiene combinados los servicios en consultorios prestando así psicología, psiquiatría, geriatría, fonoaudiología, nutrición en dos consultorios, con capacidad de 2 camillas en los dos consultorios, área de procedimientos menores, área de rehidratación, estación de enfermería, baño de mujeres, baño de hombres, baño para personas en situación de discapacidad, sala de espera, área de lavado de pacientes.

El área del servicio está diseñada para cumplir con la normatividad legal vigente y equipamientos adecuados. La población objetivo es toda la población.

- **La sala general de procedimientos menores**

Es un espacio que actualmente se presta en un espacio de la ESE que se encuentra dentro del servicio de hospitalización, allí, se realizan procedimientos como curaciones, suturas, extracción de cuerpos extraños, onicectomía, inmovilizaciones, lavado de oído y oculares, enemas, cateterismos vesicales.

- **Las consultas de medicina general**

Se prestan en el área de consulta externa de la ESE, se cuenta con 2 consultorios médicos, equipados cada uno con los elementos necesarios según la resolución 2003 como son equipo de órganos, camilla, pesa, etc. Los consultorios están ubicados en la primera planta de la ESE. La oferta del servicio incluye la totalidad de la jornada laboral, es decir, 8 horas de lunes a viernes. Esta consulta externa se presta a la población de las EPS contributivas y subsidiadas que tienen contrato con la ESE Hospital, a la población Vinculada y a los particulares.

- **Odontología**

Se presta con un 1 Odontólogo, en la actualidad el servicio está dotado con una unidad odontológica para realizar las actividades de promoción y prevención dentro de las cuales se encuentran la aplicación de sellantes, control de placa bacteriana, detartraje supra gingival, aplicación de flúor tópico o en barniz según sea la necesidad del usuario, las cuales están a cargo de la higienista. Las actividades que realiza el odontólogo son las consultas odontológicas incluyendo las urgencias y procedimientos como son las exodoncias, las operatorias, radiografías oclusales y las remisiones a especialista según sea el caso.

- **Psicología**

Es prestado a toda la población interna, dentro de las instalaciones de la ESE, se cuenta con un espacio previsto para esta consulta a pesar de la carencia de un consultorio especializado, con la privacidad que amerita el servicio. Es prestado por un Profesional en Psicología, el cual cumple con el perfil profesional para desempeñar el cargo y está vinculado por evento.

- **Hospitalización**

Actualmente contamos con 13 camas de hospitalización habilitadas y 17 para pacientes crónicos, las cuales cuentan con el servicio sanitario y ducha, divididas para población femenina y masculina.



- **Laboratorio Clínico (Toma de muestras)**

Este servicio se apoya con el laboratorio las Acacias, cuenta con un contrato por demanda, se lleva las muestras que son tomadas por el usuario se atiende de 8 am a 5 pm. Esta toma de muestras es realizada por una auxiliar de laboratorio competente para la toma de muestras, El servicio es ofertado a la totalidad de la población, a los usuarios del servicio de consulta general, hospitalización y de igual manera a los usuarios cautivos.

- **Fisioterapia**

Es un servicio prestado en la ESE bajo las normas de Habilitación, es decir, cumpliendo todos los requisitos exigidos para esta área, se les presta a los usuarios cuya EPS, ARL, SOAT, emitan la autorización para la prestación del servicio en la ESE Hospital, es prestado por una Fisioterapeuta. en la vigencia 2.018 se fortaleció implementando equipos como bicicleta estática, ultrasonido, tanque de parafina, Electroterapia, mancuernas aparato vestibular, hydrocollator, camilla con hueco facial, digiflex, pelotas terapéuticas para fortalecimiento de mano, paquetes calientes.

- **Terapia Respiratoria**

Es un servicio ofertado en la ESE, prestado por la fisioterapeuta, el cual no tiene mayor impacto en la productividad, pero que se presta a los usuarios que derivan de la consulta externa.

PRODUCTIVIDAD

PORTAFOLIO DE SERVICIOS	SERVICIOS	Complejidad			Complejidad			Complejidad			IR	CR	Cumple SOGC	
		Baja SA	Media SA	Alta SA	Baja RA	Media RA	Alta RA	Baja RA	Media RA	Alta RA				
2.1.01	Consultas de medicina general electivas	X			X			X			No	No	Si	
2.2.02	Atención preventiva salud oral higiene oral	X			X			X			No	No	Si	
2.2.06	Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	X			X			X			No	No	No	
2.3.01	Otras actividades de apoyo	X			X			X			No	No	Si	
2.4.01	Total, consultas odontológicas realizadas (valoración)	X			X			X			No	No	Si	
2.4.03	Superficies obturadas	X			X			X					Si	
2.4.04	Exodoncias	X			X			X					Si	
2.5.14	Geriatría		X			X			X		Si	No	Si	
2.5.15	Gerontología	X			X			X			Si	No	Si	
2.5.28	Nutrición y dietética	X			X			X			Si	No	Si	
2.5.38	Psicología	X			X			X			Si	No	Si	
2.5.39	Psiquiatría		X			X			X		No	No	Si	
2.5.44	Medicina alternativa - terapia alternativa	X			X			X			No	No	Si	
3.3.01	General adultos	X			X			X			No	No	Si	
5.3.02	Toma de muestras de lab Clínico	X			X			X					Si	
6.3.01	Servicio farmacéutico	X			X			X					Si	
6.5.01	Fisioterapia	X			X			X			Si	No	Si	
6.5.02	Fonoaudiología y/o terapia de	X			X			X			Si	No	Si	



	lenguaje													
6.5.03	Terapia ocupacional	X			X			X				Si	No	Si
6.5.04	Terapia respiratoria	X			X			X				Si	No	Si
7.3.01	Otros Servicios	X			X			X					Si	SERVICIO DE PROTECCIÓN INTEGRAL Y LARGA ESTANCIA, PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR, CENTRO DE DIA

OFERTA DE SERVICIOS SEGÚN CAPACIDAD INSTALADA DICIEMBRE 2019

	Año:	2019				Trimestre al que corresponde la fecha de corte en la vigencia 2019		Enero - Diciembre
INSTALACION FÍSICA		DISPONIBILIDAD (No DE INSTALACIONES O UNIDADES)	HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA POR HORA POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	No DIAS AL MES DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO
COD	INSTALACION FÍSICA	N_INSTAL	HORAS_ATEN	OFERT_HORAS	OFERTA_DIA	N DIAS_ATE	OFERTA_MES	OFERTA_AÑO
COD_INSTALACION	INSTALACION FÍSICA	DISPONIBILIDAD (No.)	HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR UNIDAD	OFERTA POR HORA POR UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	No DIAS AL MES DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO
2.1.01	No. Consultorios Médicos	2	9	2	36	20	720	8640
2.2.01	No. Consultorios Enfermería	1	9	2	18	20	360	4320
2.3.01	No. Consultorios Servicios de Apoyo	1	9	2	18	20	360	4320
2.4.01	No. Consultorios Odontología	1	9	3	27	20	540	6480
2.5.01	No. Consultorios Especializados	3	9	2	54	8	432	5184
3.3.01	No. Camas General Adultos	6	1	1	6	30	180	2160
3.4.01	No. Camas - unidades Otros	239	1	1	239	30	7170	86040
5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	1	9	6	54	20	1080	12960
6.3.01	Farmacia	1	9	8	72	20	1440	17280
6.5.02	No. Unidades para Rehabilitación (equipos o equipamiento)	1	9	4	36	20	720	8640
7.3.01	Otros Servicios	1	9	8	72	20	1440	17280
2.1.01	No. Consultorios Médicos	2	9	2	36	20	720	8640
2.2.01	No. Consultorios Enfermería	1	9	2	18	20	360	4320
2.3.01	No. Consultorios Servicios de Apoyo	1	9	2	18	20	360	4320
2.4.01	No. Consultorios Odontología	1	9	2	18	20	360	4320
2.5.01	No. Consultorios Especializados	3	9	2	54	8	432	5184
3.3.01	No. Camas General Adultos	21	1	1	21	30	630	7560
3.4.01	No. Camas - unidades Otros	300	1	1	300	30	9000	108000
5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	1	8	12	96	20	1920	23040
6.3.01	Farmacia	1	8	8	64	20	1280	15360
6.5.02	No. Unidades para	1	9	4	36	20	720	8640



	Rehabilitación (equipos o equipamiento)							
7.3.01	Otros Servicios	1	9	8	72	20	1440	17280
2.1.01	No. Consultorios Médicos	2	9	2	36	20	720	8640
2.2.01	No. Consultorios Enfermería	1	9	2	18	20	360	4320
2.3.01	No. Consultorios Servicios de Apoyo	2	9	2	36	20	720	8640
2.4.01	No. Consultorios Odontología	1	9	2	18	20	360	4320
2.5.01	No. Consultorios Especializados	2	9	2	36	8	288	3456
3.3.01	No. Camas General Adultos	30	1	1	30	30	900	10800
3.4.01	No. Camas - unidades Otros	325	1	1	325	30	9750	117000
5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	1	9	8	72	20	1440	17280
6.3.01	Farmacia	1	9	8	72	20	1440	17280
6.5.02	No. Unidades para Rehabilitación (equipos o equipamiento)	1	9	4	36	20	720	8640
7.3.01	Otros Servicios	1	9	8	72	20	1440	17280

**OFERTA DE SERVICIOS SEGÚN LA CAPACIDAD DISPONIBLE DE RECURSOS HUMANOS:
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL**

Red de servicios Sede: Sede: CALI. CARRERA 70 2 A 04								
Año	Servicio	DISPONIBILIDAD (N° DE INSTALACIONES O UNIDADES)	HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA POR HORA POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	N° DIAS AL MES DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO
2017	URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0
2017	SERVICIOS AMBULATORIOS	8	45	11	153	88	2,412	28,944
2017	HOSPITALIZACIÓN QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	6	24	0	3	30	86	1,037
2017	APOYO DIAGNÓSTICO	0	0	0	0	0	0	0
2017	APOYO TERAPÉUTICO	1	9	6	54	20	1,080	12,960
2017	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	2	18	12	108	40	2,160	25,920
2017	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	239	24	0	229	30	6,883	82,598
2018	URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0
2018	SERVICIOS AMBULATORIOS	8	45	11	153	88	2,412	28,944
2018	HOSPITALIZACIÓN QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	6	24	0	3	30	86	1,037
2018	APOYO DIAGNÓSTICO	0	0	0	0	0	0	0
2018	APOYO TERAPÉUTICO	1	9	6	54	20	1,080	12,960
2018	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	2	18	12	108	40	2,160	25,920
2018	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	239	24	0	229	30	6,883	82,598



2019	URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0
2019	SERVICIOS AMBULATORIOS	8	45	10	144	88	2,448	29,376
2019	HOSPITALIZACIÓN	30	24	0	7	30	216	2,592
2019	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	0	0	0	0	0
2019	APOYO DIAGNÓSTICO	1	9	8	72	20	1,440	17,280
2019	APOYO TERAPÉUTICO	2	18	12	108	40	2,160	25,920
2019	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	290	24	0	278	30	8,352	100,224

Red de servicios Sede: CUADRO 3. OFERTA DE SERVICIOS SEGÚN LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA - ESE : ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL					
Año	Servicio	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO	Cod_Servicio
2017	URGENCIAS	0	0	0	1
2017	SERVICIOS AMBULATORIOS	153	2,412	28,944	2
2017	HOSPITALIZACIÓN	3	86	1,037	3
2017	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	0	4
2017	APOYO DIAGNÓSTICO	54	1,080	12,960	5
2017	APOYO TERAPÉUTICO	108	2,160	25,920	6
2017	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	229	6,883	82,598	7
2018	URGENCIAS	0	0	0	1
2018	SERVICIOS AMBULATORIOS	153	2,412	28,944	2
2018	HOSPITALIZACIÓN	3	86	1,037	3
2018	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	0	4
2018	APOYO DIAGNÓSTICO	54	1,080	12,960	5
2018	APOYO TERAPÉUTICO	108	2,160	25,920	6
2018	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	229	6,883	82,598	7
2019	URGENCIAS	0	0	0	1
2019	SERVICIOS AMBULATORIOS	144	2,448	29,376	2
2019	HOSPITALIZACIÓN	7	216	2,592	3
2019	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	0	4
2019	APOYO DIAGNÓSTICO	72	1,440	17,280	5
2019	APOYO TERAPÉUTICO	108	2,160	25,920	6
2019	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	278	8,352	100,224	7

Como se puede ver en el cuadro anterior, la productividad según recurso humano de infraestructura, existe una subutilización, el único servicio que se ven en su máxima producción es hospitalización domiciliaria, lo que significa que el servicio de protección integral y larga estancia para poder aumentar cobertura hay que realizar nueva infraestructura.

En cuanto a la producción para el año 2019 el incremento con respecto al año 2018 fue del 20.7%, la razón de este incremento

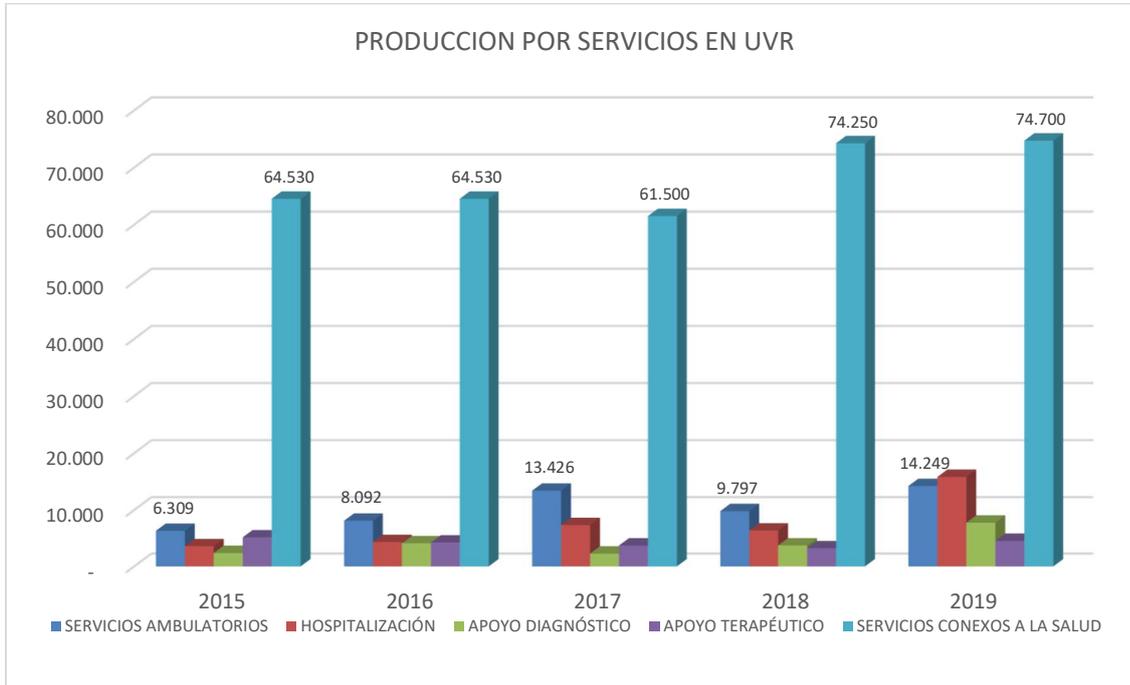


es debido al que se ingresó a las actividades de hospitalización a las actividades de servicio de protección integral y larga estancia y centro día en otros servicios conexos a la salud indicando así una mejor productividad, pero se esta la espera del concepto del ministerio de hacienda y crédito público.

Red de servicios Sede: CUADRO 4. OFERTA DE SERVICIOS SEGÚN LA CAPACIDAD DISPONIBLE DE RECURSOS HUMANOS - ESE : ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL				
Año	UNIDAD FUNCIONAL	TOTAL HORAS MES DE OFERTA DE SERVICIOS	OFERTA DISPONIBLE AÑO	Cod_Servicio
2017	URGENCIAS	0	0	1
2017	SERVICIOS AMBULATORIOS	2,396	57,504	2
2017	HOSPITALIZACIÓN	360	8,640	3
2017	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	4
2017	APOYO DIAGNÓSTICO	44	3,168	5
2017	APOYO TERAPÉUTICO	1,584	82,368	6
2017	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	1,775	85,200	7
2018	URGENCIAS	0	0	1
2018	SERVICIOS AMBULATORIOS	2,396	57,504	2
2018	HOSPITALIZACIÓN	360	8,640	3
2018	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	4
2018	APOYO DIAGNÓSTICO	44	3,168	5
2018	APOYO TERAPÉUTICO	1,584	82,368	6
2018	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	1,775	85,200	7
2019	URGENCIAS	0	0	1
2019	SERVICIOS AMBULATORIOS	2,396	57,504	2
2019	HOSPITALIZACIÓN	360	8,640	3
2019	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	0	0	4
2019	APOYO DIAGNÓSTICO	44	3,168	5
2019	APOYO TERAPÉUTICO	1,584	82,368	6
2019	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	1,775	85,200	7

PRODUCCION DE SERVICIOS ESE 2015-2019

COD	UNIDAD	2015	2016	2017	2018	2019
1	URGENCIAS	-	-	-	-	-
2	SERVICIOS AMBULATORIOS	6,309	8,092	13,426	9,797	14,249
3	HOSPITALIZACIÓN	3,576	4,317	7,325	6,358	15,842
4	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	-	-	-	-	-
5	APOYO DIAGNÓSTICO	2,376	4,103	2,261	3,718	7,752
6	APOYO TERAPÉUTICO	5,153	4,229	3,702	3,224	4,526
7	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	64,530	64,530	61,500	74,250	74,700
8	TOTAL, UVR	81,944	85,271	88,214	97,347	117,068



En cuanto a la productividad:

PRODUCTIVIDAD AÑO 2019

UNIDAD FUNCIONAL		CENTRO DE COSTOS		INSTALACION FÍSICA	OFERTA DISPONIBLE AÑO (CAPACIDAD FÍSICA)	OFERTA REAL AÑO (OFERTA CON PROFESIONALES)	SERVICIOS PRESTADOS - PRODUCCION DEL AÑO	PRODUCTIVIDAD CAPACIDAD FÍSICA (C/A)	PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO (C/B)
CO D	UNIDAD	CO D	CENTRO	INSTALACION FÍSICA	A	B	C	D = C/A	E = C/B
1	Urgencias	1.1	Consulta y procedimientos	No. Consultorios de Triage	0	0	0	0	0
2	Servicios ambulatorios	2.1	Consulta externa y procedimientos	No. Consultorios Médicos	8,640	6,912	2,950	34.14%	42.68%
		2.2	Actividades de promoción y prevención	No. Consultorios Enfermería	4,320	0	303	7.01%	0.00%
		2.3	Otras actividades	No. Consultorios Servicios de Apoyo	8,640	5,280	1,744	20.19%	33.03%
		2.4	Actividades de salud oral	No. Consultorios Odontología	4,320	2,064	382	8.84%	18.51%
		2.5	Consulta especializada	No. Consultorios Especializados	3,456	42,768	3,724	107.75%	8.71%
3	Hospitalización	3.3	Estancia General	No. Camas General Adultos	2,592	8,640	1,475	56.91%	17.07%
				No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	17,280	3,168	3,915	22.66%	123.58%
				No. Unidades para Rehabilitación (equipos o equipamiento)	8,640	31,680	6,034	69.84%	19.05%
7	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	7.3	Servicios conexos a la salud - Otros servicios	Otros Servicios	100,224	85,200	99,600	99.38%	116%

- N° de Consultorios Médicos: tanto la capacidad de productividad física como la de recurso humano, se encuentran bajas, su productividad es del 34.14% como realiza la consulta solamente a los internos se puede aumentar su productividad en 42.68% llegando a 80%.



- N° de Consultorios Enfermería: indicador muy bajo tanto para la capacidad física como el recurso humano, esto debido a que a partir del año 2019 se implementó el registro de los controles de promoción y prevención con la historia clínica sistematizada mejorando el problema de su registro, a pesar de ello se presenta sub registro es decir en los otros años se realizaba las actividades, pero no se registraban.
- N° de Consultorios Servicios de Apoyo: En este se hace el análisis para el servicio de Trabajo Social, aquí encontramos que la productividad de la capacidad física es baja (20.19%) la productividad del recurso humano es aceptable (33.03%).
- N° de Consultorios Especializados: en este campo, se encuentran los servicios de Geriatria, Gerontología, Nutrición y dietética, Psicología y Medicina Alternativa, y Medico General especialista en podología, la productividad de la capacidad física es 107.75%, puesto que ahí se presentan múltiples profesionales prestando servicios, sin embargo, la productividad del recurso humano es un 8.71 Lo que nos da la posibilidad de crecer el recurso humano teniendo capacidad física limitada para brindar los servicios.
- N° de Camas General Adultos: la productividad de la capacidad instalada es del 56.91% y para el recurso humano es del 17.07%, indicando una baja productividad en el servicio de hospitalización esto se hace mejorando su productividad con el programa de desescalamiento de paciente externos que he ha implementado con Emssanar y lograr la contratación con otras EAPB,
- N° de Camas – Unidades Otros: hace referencia al número de camas en servicio de protección integral y larga estancia para los residentes institucionalizados, este servicio indica una productividad del 92% de la capacidad física y la productividad del recurso humano 84% siendo este servicio el más fuerte institucional produce el 3 de los ingresos además es un servicio que está ya con alta ocupación se tiene la demanda tanto en la parte privada como del ente territorial se debe ampliar capacidad instalada.
- N° Unidades de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico: la productividad física es baja (22.66%) y la productividad del recurso humano 123.58% se realiza solamente para los pacientes institucionalizados además es un servicio de habilitación que se debe mantener.
- Número de Salas de rehabilitación y Terapias: hace referencia a las actividades físicas y respiratorias, se evidencia poca productividad física y de recurso humano, esto debido a que hay mucha disponibilidad de camas para rehabilitación y un profesional para atender y la productividad el recurso humano en un 19.05%. Es un servicio que se debe fortalecer por el tipo de prestación que realiza la institución.
- Entre tanto los servicios conexos a la salud, (donde se está colocando el servicio de servicio de protección integral y larga estancia y centro de día para atención al adulto mayor que es un servicio complementario al servicio sanitario, tenemos que la productividad de la capacidad física llega al 99.38%) y la capacidad del recurso humano se instala en un 116%, donde podemos explicar que el despliegue de profesionales que pueden ser migrados a este servicio hace que la demanda sea alta y esto se corrobora con la funcionalidad del mismo servicio.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS					
Variable	2015	2016	2017	2018	2019
Producción Equivalente UVR SIHO	12.111	14.565	17.615	12.335	127.970
Producción Equivalente UVR PSFF	81,944	85,271	88,214	97,347	117,068



Como se puede ver, la producción en uvr es diferente en el Siho comparado con el PSFF, la diferencia se debe a que en el programa e incluye el servicio de protección integral y larga estancia como hospitalización domiciliaria y esto por el factor 10.5 por cada día de hospitalización, eleva de 12.111 a 837.874, esto e realizo teniendo en cuenta una solicitud al ministerio de hacienda para poder incluir el servicio de protección integral y larga estancia en la hospitalización domiciliaria y así realizar el análisis con este servicio que representa el 67% de ingresos la ESE adema nuestra información financiera y contable está incluida como venta de servicio a la población pobre no asegurada y No Pos. El servicio de protección integral y larga estancia se considera una tecnología en Salud no cubierta por el Pos.

Se debe tener en cuenta que la institución tiene inconveniente de sub registro en los servicios de PIC actualmente contratado en los temas de salud mental y tuberculosis, el cual ha aumentado el valor del personal requerido para realizar estas actividades y no se han registrado en el sistema. Lo cual hace que el valor por UVR aumente. Se están realizando las gestiones para incluir las actividades del PIC dentro del SIHO.

CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La Institución está en proceso de adquirir la Licencia de funcionamiento centro de día con base en la Resolución 055 y 028 requisitos mínimos del Ministerio de Salud. Para el área de Servicio de protección integral y larga estancia no tiene aún normatividad para habilitación.

A continuación, se describen los avances obtenidos en la ESE con respecto a la calidad en la prestación de servicios:

Nombre del Eje Estratégico	Objetivo del Eje Estratégico	Programas	Objetivo del Programa	Producto Asociado	Meta de Resultado	Ejecución 2019	Observaciones
Fortalecimiento Institucional	Fortalecer la calidad y la integralidad de la Gestión logrando una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de baja complejidad y servicios complementarios.	Residencia y hogar de paso	Fortalecer los servicios que se brindan al adulto mayor en el programa de residencia	Usuarios satisfechos con los servicios de residencia	>90%	95%	La percepción respecto de la prestación del servicio en general, es buena.
		Centro vida y centros para la vida	Fortalecer e incrementar el servicio del Centro día de la institución y los Centros para la Vida.	Usuarios Satisfechos con el servicio de Centro día. Incrementar el número de personas adultas mayores atendidas en modalidad centro vida y centros para la vida. Habilitación del Servicio Centro día	>90%	95%	La percepción respecto de la prestación del servicio en general, es buena.
		Proceso asistencial	Lograr la óptima calidad en los servicios asistenciales acorde con la necesidad de los usuarios con seguridad el paciente.	Adherencia a guías de practica Clínica Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	80% adherencia 80% implementación programa seguridad del paciente	85% adherencia 85% implementación programa seguridad del paciente	Se logra adherencia al Programa y la implementación a través de uso de mecanismos de identificación de paciente, manillas, tableros, reportes, etc.



		Gestión Administrativa y Talento Humano	El Sistema de Desarrollo Administrativo está orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expide el Gobierno Nacional. Fortaleciendo los niveles de competencias y de cultura de seguridad al paciente y humanización.	Plan Financiero Plan Anual de Inversiones Plan de Compras Plan de fortalecimiento SIAU Plan de Mantenimiento Plan de GEL Y Tics Plan de Capacitación Plan de inducción y Reinducción Plan de incentivos Proceso de Selección de personal independiente del tipo de vinculación . IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE HUMANIZACION	> 80% Procesos actualizados al 100%.	80%	Se cuenta con Plan de Compras, Plan de Mantenimiento, Plan de GEL Y Tics, Plan de Capacitación, Proceso de inducción y Reinducción, Plan de incentivos, y la implementación y socialización de la POLITICA DE HUMANIZACION
		Sistema de Gestión Ambiental	Mantener un buen comportamiento ambiental, cumpliendo con las normas legales, a los riesgos ambientales y a las presiones sociales, económicas y competitivas a las que la organización debe enfrentarse.	Elaboración del Plan de Gestión Ambiental e Implementación de Gestión Ambiental	100% 90%	100% 80%	Se cuenta con Plan de Gestión Ambiental dentro del SGSST, se llevan a cabo los controles y atención a los requerimientos de la Autoridad Ambiental competente, realizando reportes, visitas, auditorías y seguimiento al Plan por parte de un experto en SST.
		Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, dándole cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, que garanticen un ambiente de trabajo seguro y saludable, para los colaboradores en el desempeño de sus labores"	PGIRS Matriz de Riesgo Plan Hospitalario de Emergencia COPASST	80%	90%	Se cuenta con PGIRS, Matriz de Riesgo, Plan Hospitalario de Emergencias y se retoma la ejecución del COPASST
		Estándares de Acreditación	Comparar la mayor calidad esperada en los servicios prestados versus la situación real.	Autoevaluación de todos los estándares de Acreditación.	100%	100%	Se evaluaron todos los estándares de acreditación
		Modelo Estándar de Control Interno	Procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.	Plan de Sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno	Satisfactorio para todos los años	80%	Se cuenta y se desarrolla el Plan de Sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno en la Institución.
		Modelo Integrado Planeación y Gestión	Asegurar razonablemente los resultados de la Gestión mediante la prevención y evaluación permanente de las políticas y directrices, en cumplimiento del propósito del MIPG Y MECI, logrando el mejoramiento continuo de la gestión de los procesos para el logro de los objetivos de la Misión institucional, minimizar los riesgos, garantizando la transparencia en la gestión.	Plan de Implementación y sostenimiento del MIPG.	Nivel 3 primer año Nivel 4 para el segundo año	60%	Se estableció la primera fase de adopción del sistema y conformación de los organismo centrales de aseguramiento de MIPG, se conformó el comité operativo para el direccionamiento de autoevaluación de las dimensiones, se llevaron a cabo los autodiagnósticos de los procesos y se inician los planes de acción
Crecimiento y Desarrollo de Servicios	Incrementar los servicios de salud de baja y mediana complejidad con servicios complementarios cumpliendo estándares de	Atención de Asistencia domiciliaria y Tele asistencia al Adulto Mayor.	Elaborar e implementar el modelo de atención domiciliaria y tele asistencia para el cuidado de los adultos mayores en la Ciudad de Cali.	Elaboración de estudio de Mercado de nuevo servicio y Modelo de atención domiciliaria y teleasistencia.	100%	20%	Aunque se tiene el modelo de atención de la OISS, para la vigencia objeto de estudio no se desarrolló el modelo de atención puesto que aún no se cuenta con la información suficiente de las etapas a desarrollar dentro del modelo.



	calidad, con un modelo de atención geriátrica integral centrada en la persona.	Proyectos de Salud Publica	Fortalecer e incrementar los contratos con la SSPM en lo referente a salud publica (TBC Y SALUD MENTAL)	Aumentar el monto de los contratos con la SSPM en lo referente a Salud Publica.	\$ 1.000.000.000	\$ 2.850.000.000	Se logró la contratación de Proyectos de Infraestructura, Mobiliario Clínico y Equipos Biomedicos.
		Atencion del cuidado Cronico y Paliativo	Fortalecer el servicio de cuidado cronico y habilitar el servicio de cuidados paliativos.	Dotar 50 unidades de atencion para pacientes de cuidado cronico al año 2019	Incremento en 24 camas de cuidados cronicos y paliativos en funcionamiento	30 camas habilitadas	Se habilitaron 17 camas para paciente cronico y 13 camas para el area de Hospitalización
		Ampliacion de servicios de consulta Externa	Incrementar los servicios de consulta externa que por necesidad requiere el adulto mayor para garantizar una mejor calidad de vida	Nuevos servicios de consulta externa.	28 Servicios de consulta externa ofertados y en funcionamiento.	19 servicios habilitados	Se habilitó el servicio de Psiquiatria en el mes de agosto de 2019. Se continúa en el proceso de habilitar los servicios propuestos en el plan, pero las limitantes de infraestructura han imposibilitado el cumplimiento.
Sostenibilidad Financiera	Asegurar y consolidar la sostenibilidad financiera, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados.	Gestión de facturación y Cartera	Incrementar los ingresos económicos por venta de servicios y su efectivo recaudo.	Incremento en la Facturación promedio mes. Sostener el recaudo de la cartera corriente.	Incremento > ipc (4,12) + 3 puntos (7,12%)	24%	En la vigencia 2019 el hospital logró un incremento del 24% en la facturación de los servicios de salud respecto de la vigencia 2018, es decir que se cumplió la meta establecida del 7,12% producto de las gestiones realizadas por la gerencia y su equipo de trabajo. Adicionalmente se evidencia que el recaudo por la facturación de servicios de salud de 2019, tuvo un incremento del 21% respecto de la vigencia 2018 y que por ende está directamente relacionada con el incremento en la facturación, es decir la institución a logrado mantener el nivel de recaudo de la cartera corriente.
		Saneamiento de Pasivos y disminución del déficit.	Contención del gasto y costo con el objetivo de no generar déficit y disminuir los pasivos.	Disminución y/o mantener los pasivos Indicador de solvencia	Mejorar Margen Operacional	-50%	Para la vigencia 2019 se evidencia que el margen operacional se situó en \$-406.144.674 y comparado con el año 2018 donde el margen operacional estaba en \$-807.121.923 se evidencia un resultado altamente positivo ya que el déficit operación se redujo en un 50% producto del mayor valor recaudado en el ingreso y generando una contención en el gasto y costo. Igualmente se recalca que los pasivos a pesar de aumentar un 12%, técnicamente si se obtuvo una reducción del mismo ya que del total de pasivos a diciembre de 2019, el 17% contaron con respaldo de flujo de caja a diciembre de 2019. En este sentido, si se cumplió la meta establecida de mejorar el margen operacional durante a la vigencia fiscal 2019.
		Gerencia de la Cooperación.	Implementar el proceso de Gerencia de la Cooperación, con el fin de aumentar los ingresos por donación y proyectos de cooperación Nacional e internacional.	Proceso implementado efectivamente.	30%	80%	Se implementa el proceso, se cuenta con el lider y se inicia el proceso documental. Se apoya la gestión con las IE.
Fortalecimiento de la relación con instituciones y partes interesadas	Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación universitaria, y el	Convenios Docencia de Servicio y convenios de practicas con instituciones y partes interesadas.	Crear el sub proceso de Gestión de Convenios para garantizar el funcionamiento efectivo con el personal competente.	Convenios activos y en funcionamiento con instituciones educativas Caracterización y procedimiento en funcionamiento.	Sub proceso de Gestion de Convenios implementado al 100%.	80%	



desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.							
--	--	--	--	--	--	--	--

SISTEMA DE AUDITORIA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

El Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) es muy importante para la institución en la consecución del mejoramiento de calidad ya que es la forma a través de la cual la ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, incorpora el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad esperada en la institución teniendo por objetivo general cumplir con los requerimientos de la legislación actual en lo relacionado con el sistema Obligatorio de garantía de calidad buscando a través de un manual de seguimiento implementar las auditorias necesarias para poder identificar la brecha de calidad esperada vs calidad observada.

Teniendo en cuenta los resultados de las acciones de seguimiento se identifican brechas sobre las cuales se formula el plan de mejoramiento, cuyo resultado fue un cumplimiento del 90% de las acciones que habían sido priorizadas.

Los principales objetivos del Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) son:

La satisfacción del cliente – programa de seguridad en el paciente

Monitoreo de procesos y procedimientos prioritarios
Citas médicas (Cumplimiento)
Historias clínicas (calidad del registro)
Atención en consulta (Oportunidad y Calidad)
Atención en apoyo diagnóstico (oportunidad Y Calidad)
Atención en apoyo Terapéutico (oportunidad y calidad)
Mejoramiento y monitoreo de Sistema de Referencia y Contra referencia

En cuanto a los estándares de Calidad de la ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL basados en las metas que se tienen en el PAMEC a lo que a oportunidad se refiere tenemos.

De acuerdo a la Resolución 408 de 2018 la Empresa Social Del Estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel para lo referente al área de gestión de dirección y gerencia debe dar cumplimiento al indicador de **Mejoramiento Continuo De La Calidad Para Entidades No Acreditadas Sin Autoevaluación En La Vigencia Anterior**. La Empresa Social Del Estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel dió cumplimiento al realizar durante la vigencia 2019, la autoevaluación de los estándares de calidad que le aplican.

Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			
Fórmula del Indicador	Estándar para cada año	Autoevaluación 2018	Autoevaluación 2019
Promedio de la calificación de Autoevaluación de la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de Autoevaluación de la	>1,20	1.94	1.98



vigencia anterior			
RESULTADO			1.98

Resultado por Grupos de Estándar

N°	Grupo Estándar	Estándares Calificados	2018	2019
1	Cliente Asistencial	74	2.08	2,09
2	Direccionamiento	13	2.53	2,53
3	Gerencia	15	2.11	2,11
4	Gerencia de Talento Humano	16	1.75	1,75
5	Gerencia del Ambiente Físico	11	1.23	1,45
6	Gestión Tecnología	10	1.99	1,99
7	Gerencia de la Información	14	2.07	2,11
8	Mejoramiento de la calidad	5	1.78	1,78
		158	1.94	1.98

Fuente: Autoevaluación SUA (Resolución 0213/2012), Oficina de Planeación y Calidad.

En desarrollo del proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la E.S.E Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel 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 la autoevaluación para el ciclo de acreditación en salud, con la cual la E.S.E Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel obtuvo un puntaje de **1.98** para la vigencia 2019. Se logró **mejorar** la autoevaluación de estándares de acreditación pasando de una calificación de **1.94** en el **2018** a **1.94** en el **2019**, lo cual demuestra el **mejoramiento** en la gestión por procesos. Cabe aclarar que se presentó extemporáneamente, incurriendo en incumplimiento del indicador para esta vigencia.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Acreditación: El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, con el objetivo de dar cumplimiento a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2082 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud, el Decreto 903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema único de acreditación en salud. Ministerio de Salud y Protección social, en el Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Capítulo 6. Sistema único de Acreditación; ha definido acogerse al proceso de acreditación en salud iniciando con el primer ciclo denominado ciclo de preparación o ciclo de autoevaluación, el cual abarca los procesos internos de la entidad para lograr el mejoramiento continuo, mantener sus logros y llegar a cumplir con el nivel superior de calidad.

SISTEMA DE HABILITACION

La E.S.E. Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel, dando cumplimiento a la realización de la Autoevaluación, realizó la consulta a través de GRUPO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, obteniendo como respuesta que teniendo en cuenta que se está en periodo de transición de la Res. 2003 de 2014 a la Res. 3100 de 2019, la plataforma REPS no tiene habilitada la opción de autoevaluarse.

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un tiempo máximo de 12 meses a partir de la fecha de publicación de



la Res. 3100 de 2019 (25 de noviembre de 2019) para actualizar dicha plataforma, por lo anterior debemos esperar que el Ministerio se pronuncie al respecto.

En este periodo de transición los prestadores que ya están habilitados seguirán activos sin necesidad de autoevaluarse.

Así las cosas, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, no se encuentra disponible el link: "Renovación de la habilitación de prestadores de Servicios de Salud"; hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social realice la actualización del REPS. De acuerdo a ello, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS, con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Pamec: La institución cuenta con un Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el cual se encuentra en actualización constante según los procedimientos de seguimiento y monitoreo del sistema de Gestión de la Calidad, articulado sistémicamente con el Modelo Estándar de Control Interno (MIPG) y el Sistema de Información Institucional, lo que le permite al Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E. estar en mejoramiento continuo de sus procesos para brindar una atención integral a nuestros adultos mayores.

Satisfacción de los usuarios: La IPS cuenta con una oficina de atención al usuario, identificada, señalizada y accesible. Cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 7:30 am a 5:30 pm para usuarios internos. Martes y viernes de 8:30 am a 12:30 pm para solicitud de cupos y atención a familiares de usuarios.

Se cuenta con un proceso debidamente documentado y socializado a todo el personal de la institución, usuarios y funcionarios, el cual está a cargo de un profesional, con el apoyo de un técnico administrativo.

La medición de satisfacción se realiza mensualmente y el análisis se lleva a cabo de manera trimestral, con su respectivo plan de mejoramiento en caso de encontrar desviaciones.

El mecanismo utilizado por la ESE para medir la satisfacción del usuario es por medio de encuestas consolidadas trimestralmente hasta el primer trimestre de 2017, fecha a partir de la cual se realiza de manera mensual. Las cuales se realizan para los servicios de: residencia, servicios asistenciales y centro día.

El plan de desarrollo institucional se viene cumpliendo en un 71.5%, en cada uno de los programas se viene avanzando para cumplir el rol en la red prestadora de servicios.

Programas	Meta de Resultado	Ejecución 2017	Ejecución 2018
Residencia y hogar de paso	>90%	95%	95%
Centro vida y centros para la vida	>90%	95%	95%
Proceso asistencial	80% adherencia 80% seguridad	NA	85% 85%
Gestión Administrativa y Talento Humano	>80% Procesos actualizados al 100%.	60%	80%
Sistema de Gestión Ambiental	100% 90%	0%	100% 80%
Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	80%	80%	80%
Estándares de Acreditación	100%	44%	100%
Modelo Estándar de Control Interno	Satisfactorio para todos los años	80%	80%
Modelo Integrado Planeación y Gestión	Nivel 3 primer año	0%	60%



	Nivel 4 para el segundo año		
Atención de Asistencia domiciliaria y Tele asistencia al Adulto Mayor.	100%	0%	20%
Proyectos de Salud Publica	\$ 1.000.000.000	\$ 420.000.000	\$ 644.000.000
Atención del cuidado Crónico y Paliativo	Incremento en 24 camas de cuidados crónicos y paliativos en funcionamiento	0	30
Ampliación de servicios de consulta Externa	28 servicios de consulta externa ofertados y en funcionamiento.	15	19
Gestión de facturación y Cartera	Incremento > IPC (4,12) + 3 puntos (7,12%)	0	147%
Saneamiento de Pasivos y disminución del déficit.	Margen Operacional	37%	-56%
Gerencia de la Cooperación.	30%	0%	80%
Convenios Docencia de Servicio y convenios de prácticas con instituciones y partes interesadas.	Sub proceso de Gestión de Convenios implementado al 100%.	1	80%

PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD Y RESOLUCIÓN 256 DE 2016 MSPS

Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Interna.

La oportunidad de Consulta Médica presenta un comportamiento constante a través de los años evaluados (2011 a 2018) con 1 día en asignación de cita, esto debido a que la población es cautiva y en términos generales sana.

Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados.

La tasa de reingreso de pacientes hospitalizados ha disminuido desde el año 2011 a 2017, indicando así un buen manejo en la morbilidad de los pacientes.

Proporción de pacientes con hipertensión Arterial Controlada.

Desde el año 2015 hasta el año 2018, este indicador era medido en los indicadores de calidad. Con respecto al comportamiento de este indicador, se puede observar que la proporción se ha mantenido por encima del 90%, esto quiere decir la población de hipertensos son relativamente controlados, exceptuando al año 2014, la proporción de hipertensos controlados, superan la meta (95%).

Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.

Para el indicador que mide la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas de haber ingresado el paciente en el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel presenta una tasa promedio de tres (3) pacientes por cada mil.

Tasa de Infección intrahospitalaria

En la institución se no se presentan infecciones intrahospitalarias.

Proporción de vigilancia de eventos adversos

En términos generales se mantuvo en el 100%

Tasa de satisfacción global

Durante los años 2011 a 2018 la tasa de satisfacción se ha mantenido irregular, sin embargo, no está por debajo del 80%.

Para los años 2011, 2014 y 2016 estuvo por encima de la meta (90%).

ANALISIS DE INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN RESOLUCION 0256 DE 2016 POR DOMINIO

Para tener en cuenta como información inicial, se relacionará la calificación de factibilidad y gravedad de los indicadores que son analizados por la institución, según el programa de seguridad del paciente, para el primer y segundo semestre:



CÓDIGO (2)	INDICADOR (3)	I SEMESTRE 2019		II SEMESTRE 2019	
		Factibilidad de intervención (7)	Gravedad del efecto (8)	Factibilidad de intervención (7)	Gravedad del efecto (8)
P.2.6	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización	3	3	2	4
P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	4	4	4	4
P.2.9	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	3	3	2	2
P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	1	1	1	4
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	1	1	1	1
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	1	1	1	1
P.3.14	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	3	3	3	1
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	3	3	3	1

Con la calificación dada para las variables de factibilidad y gravedad, se realizará el análisis de mapa de calor y así mismo, el plan de mejora.

Como se puede observar, la factibilidad de intervención y la gravedad del efecto, cambió en el segundo semestre, con base en las mejoras de la infraestructura y equipos biomédicos, el resultado para algunos indicadores mejoró.

DOMINIO EFECTIVIDAD

Análisis de los Indicadores del I y II semestre del año 2019 – según datos Del observatorio de calidad.

En los resultados publicados en Ministerio de Salud y Protección Social, para el dominio de efectividad, no se encuentran relacionados los indicadores correspondientes a la institución.

DOMINIO SEGURIDAD.

Análisis de los Indicadores del I y II semestre del año 2018 – según datos Del observatorio de calidad y del SIHO.

Indicador	Meta	Resultado Primer Semestre	Resultado Segundo Semestre
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0	0	0
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0.02	0.0044 x 1000 personas	0.028 x 1000 personas
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	2	0	0



Porción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0%	0%	0%
Tasa de úlceras por presión	2	0	0
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	0	0	1

FUENTE: SIHO DECRETO 2193 – INDICADORES DE CALIDAD

Hasta la fecha, se registraron dos caídas en el servicio de hospitalización, sin embargo, se sugiere desde el área de liderazgo y trabajo en equipo, mejorar el proceso de trabajo en equipo con el personal de enfermería en horas de la noche para que en el área quede personal para evitar caídas y en el aseo de los adultos mayor acompañamiento, además se instalaron cámaras para mantener monitoreado el área, así como contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas en el área de hospitalización. Este indicador no cumplió con la meta, al final del documento, se plantea el plan de mejora.

La tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa, presentó un resultado inferior (83 caídas en el año) a la meta establecida, indicando una buena gestión en este proceso, sin embargo, se realizan las siguientes sugerencias: mejorar en el acompañamiento de los adultos por parte del personal asistencial para mejorar el proceso de caída en consulta externa y realizar fortalecimiento muscular para evitar caídas, realizar más capacitaciones al personal asistencial y charlas sobre caídas a los adultos para evitar menos caídas que puedan afectar el bienestar del adulto mayor y finalmente se debe contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas.

Hasta la fecha no se han presentado caídas en el apoyo diagnóstico, sin embargo, se sugiere entonces mayor acompañamiento del personal de complementación en el momento en que los adultos desarrollen actividades en las áreas para evitar caídas y capacitar al personal de áreas complementarias para prevenir caídas en su área. Se cumplió entonces la meta, siendo el resultado inferior a esta.

No hubo eventos adversos en hospitalización, se continúa trabajando en capacitación en el trabajo en equipo para continuar sin eventos adversos en hospitalización.

No se presentaron úlceras por presión, se continúa entonces con el respectivo cuidado de los paciente y realización de cambios posturales.

En lo corrido del año 2019, se presentó un reingreso a hospitalización en 15 días, se decide ampliar las capacitaciones en trabajo en equipo para mejorar el proceso de hospitalización y evitar que los pacientes re consulten 15 días después de una internación.

DOMINIO EXPERIENCIA EN LA ATENCION.

Análisis de los Indicadores rendidos en el I y II semestre del año 2019, según la Resolución 0256 de 2016 y Decreto 2193 de 2004.

Indicador	Meta	Resultado Primer Semestre	Resultado Segundo Semestre
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	3	0	0
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología	3	0	0



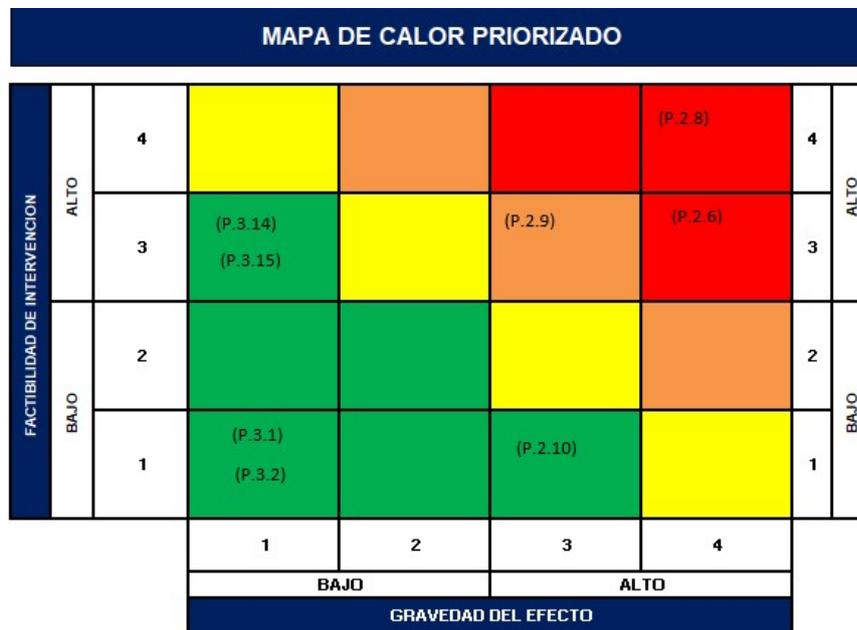
Indicador	Meta	Resultado Primer Semestre	Resultado Segundo Semestre
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	90%	93%	91%
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	90%	93%	95%

El tiempo promedio de Medicina General y Odontología, es de cero días, siendo el resultado inferior a la meta establecida, esto debido a que la población atendida es cautiva, es decir, los pacientes viven en la institución, concluyendo un buen resultado en este indicador.

La proporción de usuarios satisfechos en la IPS es del 93% y 91% en el primer y segundo semestre respectivamente, siendo superior a la meta establecida, para los usuarios no satisfechos, se realizan actividades que propendan a mejorar la percepción de los mismos.

En primero el 94% de los usuarios recomendarían a sus familiares la institución, presentando un resultado superior al establecido, se sugiere realizar actividades y contacto directo con la población para identificar las falencias y fortalecer y mejorar los servicios prestados.

MAPA DE CALOR, UBICACIÓN DE LOS PUNTAJES DE FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN Y GRAVEDAD DEL EFECTO. PRIMER SEMESTRE



Según el mapa de calor, los indicadores quedaron clasificados así:

Riesgo Extremo:

Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

Riesgo Alto:

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
 ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
 Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"

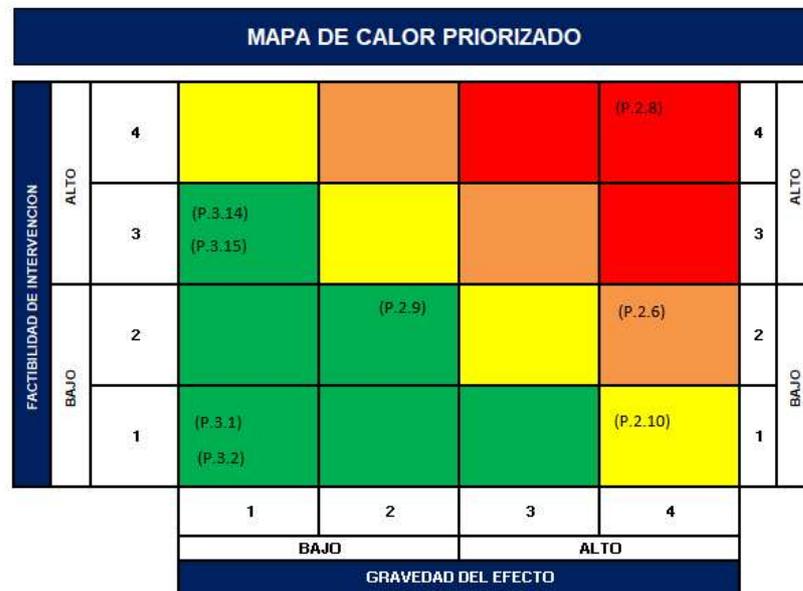


Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

- **Riesgo Medio:**
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
- **Riesgo Bajo:**
Tasa de úlceras por presión
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología

Al observar los resultados, se puede inducir que las caídas son el factor más relevante de analizar e intervenir en la institución, debido al tipo de población que se encuentra albergada (adultos mayores)

PRIMER SEMESTRE



Priorización del resultado del indicador:



Según el mapa de calor, los indicadores quedaron clasificados así:

- **Riesgo Extremo:**
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

- **Riesgo Alto:**

Carrera 70 No. 2A - 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "Superintendencia Nacional de Salud"



Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

- **Riesgo Medio:**
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
- **Riesgo Bajo:**
Tasa de úlceras por presión
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología

El indicador de Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, pasó de ser riesgo medio a riesgo bajo, debido a que los equipos terapéuticos, fueron reemplazados por unos de mejor tecnología.

FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA

Los indicadores que fueron incluidos en el plan de mejora fueron:

- Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización (entendiéndose como consulta externa toda el área de la institución que no pertenece a hospitalización, es decir, el área de albergue).

Análisis

Hasta la fecha, se registraron dos caídas en el servicio de hospitalización, por lo tanto, se sugiere desde el área de liderazgo y trabajo en equipo se debe mejorar el proceso de trabajo en equipo con el personal de enfermería en horas de la noche para que en el área quede personal para evitar caídas, y en el bañado de los adultos mayor acompañamiento, así como contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas en el área de hospitalización. Este indicador no cumplió con la meta

Área de intervención	Acciones por desarrollar	Fecha de inicio	Fecha de fin
Liderazgo y trabajo en equipo	En el transcurso del año 2019, se presentó un reingreso a hospitalización en 15 días, se decide ampliar las capacitaciones en trabajo en equipo para mejorar y evitar que los pacientes reconsulten 15 días después de una hospitalización	31/05/2019	16/12/2019
Asignación del Talento Humano	Debe contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas en el área de hospitalización	31/05/2019	16/12/2019

- Tasa de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa



Análisis

La tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa, presentó un resultado inferior (83 caídas en el año 2019) a la meta establecida, indicando una buena gestión en este proceso, sin embargo, se realizan las siguientes sugerencias: mejorar en el acompañamiento de los adultos por parte del personal asistencial para mejorar el proceso de caída en consulta externa y realizar fortalecimiento muscular para evitar caídas, realizar más capacitaciones al personal asistencial y charlas sobre caídas a los adultos para evitar menos caídas que puedan afectar el bienestar del adulto mayor y finalmente se debe contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas.

Área de intervención	Acciones por desarrollar	Fecha de inicio	Fecha de fin
Trabajo y trabajo en equipo	debe mejorar en el acompañamiento de los adultos por parte del personal asistencial para mejorar el proceso de caída en consulta externa y realizar fortalecimiento muscular para evitar caídas	31/05/2019	16/12/2019
Formación e innovación	de realizar más capacitaciones al personal asistencial y charlas sobre caídas a los adultos para evitar menos caídas que puedan afectar el bienestar del adulto mayor	31/05/2019	16/12/2019
Gestión del Talento Humano	debe contar con más personal de auxiliar de enfermería para mejorar el proceso de caídas	31/05/2019	16/12/2019

AVANCES EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución viene trabajando en el Programa de Seguridad del Paciente de manera constante desde el año 2013. Garantizando que nuestros usuarios obtengan una atención segura en salud, haciendo énfasis en una atención centrada en el usuario, Cultura de Seguridad, Alianza con el paciente y su familia, Alianza con el profesional de la salud, Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Teniendo en cuenta la Política de Seguridad del Paciente del HGYASM se compromete a prestar servicios integrales de salud y bienestar al adulto mayor con un recurso humano calificado, un entorno seguro y procesos de calidad". Al respecto, se cuenta con:

profesionales de la salud calificados y capacitados constantemente en seguridad del paciente.

bandejas de seguridad en los baños.

manillas de identificación para pacientes hospitalizados.

valoración de escalas de caídas, Down ton, morse.

Aplicación de escala de úlceras por presión.

Aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos, semaforización de medicamentos.

programa y política de seguridad documentados y socializados.

Comité de seguridad del paciente.

Aplicación de protocolo de Londres para análisis de eventos adversos.

Existencia y aplicación de protocolos y guías de atención integral

En la institución se cuenta con guías de las 10 principales causas de morbilidad y los siguientes protocolos:

Escala de úlceras por presión.



Lavado de manos
Aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos
Manejo de carro de paro
Protocolo de hospitalización
Protocolo de alimentación por sonda nasogástrica
Cateterismo vesical
Protocolo de alteración en la marcha
Neumonía adquirida en comunidad
Hipotiroidismo
Guía de manejo enfermedad mental
Infección urinaria
Enfermedad diarreica aguda
Celulitis y tejidos blandos

Los indicadores que maneja la institución son:

- Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado, se cumple al 100%.
- Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL, se cumple al 100%.
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, no se han presentado caídas.
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización, no se han presentado eventos adversos.
- Tasa de úlceras por presión, no se han presentado.
- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, no se presentaron re ingresos.
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General, se cumple al 100%, el tiempo está en 1 día.

ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DPTO. DISTRITO Y/O MUNICIPIO

La unificación del POS significó para los de colombianos afiliados al Régimen Subsidiado a partir del 1 de julio de 2012, que 22.514.941 de personas pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Significa que todos los colombianos de cualquier edad, tienen el mismo Plan Obligatorio de Salud, sin importar si se encuentran en el régimen subsidiado o contributivo. La unificación del POS no tiene un impacto directo sobre las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que componen las ESE de la ciudad de Santiago de Cali, teniendo en cuenta que las actividades que se ofertan en estas instituciones son de nivel primario.

ASEGURAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura de afiliación para el Municipio de Santiago de Cali se encuentra actualmente en un 92% respecto a la población proyectada por el DANE, de este porcentaje el 31% corresponde a la afiliación de usuarios en el régimen subsidiado, el 68% corresponde a los afiliados al régimen contributivo y el 1% pertenecen al régimen de excepción. A continuación, se presenta la información correspondiente a la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS para el



municipio de Santiago de Cali desde el año 2015 a 2019:

Periodo	Población DANE	Afiliados Régimen Subsidiado	Afiliados Régimen Contributivo	Afiliados Régimen Excepción	Total, Población Afiliada	% de Cobertura
2015	2.369.821	714.319	1.447.551	24.687	2.186.557	92%
2016	2.394.925	680.434	1.512.168	26.545	2.219.147	92%
2017	2.420.114	668.464	1.531.825	26.538	2.226.827	92%
2018	2.445.405	669.341	1.549.100	28.933	2.247.374	91%
2019	2.470.696	670.218	1.566.375	313.28	2.267.921	90%

Fuente: Estadísticas Ministerio De Salud

De acuerdo con lo definido en la Línea Estratégica 2.2: Seguridad social en salud, y específicamente en la Acción “Diseño de un modelo de atención en salud de personas adultas mayores que integre los componentes de salud pública, atención primaria de salud, cuidados de mediana y larga estancia y atención individual de salud (con énfasis en cuidados paliativos, cuidados domiciliarios, tele asistencia social, cuidados al cuidador y cuidado crónico”, el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, ESE, ha definido dos áreas de énfasis en la prestación de servicios:

Área de Servicios Sociales

Comprende.

Tele asistencia: Atención a personas residentes en su vivienda en soledad, a quienes se orienta en casos de requerir apoyo o remisión a instituciones de salud a través de la tecnología equipo para llamada inmediato en la residencia.

Asistencia domiciliaria: Visitas y acompañamiento de la actividad de la vida diaria a la residencia de personas mayores de 60 años, para tratamiento de problemas de salud y asistencia social.

Centro Día: Atención en las instalaciones del Hospital con programas preestablecidos de recreación, terapias o apoyo

Servicio de protección integral y larga estancia: Personas residentes en forma permanente en las instalaciones del Hospital, con o sin movilidad. En aspectos de salud, estos residentes tienen valoración médica, programa nutricional, sicología y fisioterapia con fortalecimiento muscular.

Área de servicios hospitalarios.

Servicios de:

Consulta externa

Apoyo terapéutico, Rehabilitación con terapia ocupacional, fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, trabajo social y sicología

Apoyo diagnóstico, Medicina general, medicina interna, gerontología

Atención domiciliaria

Hospitalización de larga estancia

Hospitalización de pacientes crónicos o para tratamientos paliativos

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Atención a la población mayor de 60 años:

Las organizaciones mundiales encabezadas por la OMS han trazado metas claras de salud pública que permitan un adecuado desarrollo del envejecimiento. El Marco político de la OMS reconoce cuatro tipos de determinantes clave del envejecimiento activo:

Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.



Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.

Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosa con la edad.

Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En nuestro medio, la enfermedad sigue siendo un evento común asociado al envejecimiento, por esto es necesario reconocer que tipo de asistencia se debe dar a las personas mayores que entran en contacto con la red de prestadores.

Con el fin de prevenir la mortalidad prematura, reducir la carga de discapacidad, el servicio médico pretende una asistencia de calidad basada en cuatro pilares fundamentales:

Conocimiento, es decir desarrollo y actualización de evidencias científicas sobre los tratamientos o modelos asistenciales que producen mejora en algún ámbito de la enfermedad, en que pacientes y para que objetivos concretos

Implementación del conocimiento: hacer que los tratamientos y cuidados demostrados beneficiosos lleguen al máximo número de ancianos, de forma equitativa y segura

Evaluación de resultados: control de los principales resultados en salud, (los que realmente importan al paciente) de las enfermedades más prevalentes en el anciano e investigación sobre cómo influyen los distintos modelos asistenciales en estos resultados relevantes

Realizar todo ello respetando las preferencias del enfermo, es decir realizar una medicina centrada en el paciente.

La meta principal de todos los programas tanto institucionales como municipales deben estar encaminados a conservar, fomentar, y rehabilitar la capacidad funcional de los pacientes, que el final son los que llevan a la fragilidad. Para esto es necesaria tener en cuenta los conceptos de capacidad funcional y de la capacidad intrínseca.

Integralidad de la atención al adulto mayor del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E.

PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, ESE.

EL Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E, brinda una atención integral al adulto mayor y será la Institución de referencia en la Red de Prestadores del Distrito en este aspecto, apostando por una atención en Salud enfocada en el adulto mayor Sano y Frágil.

Valoración Geriátrica Multidimensional.

La valoración geriátrica multidimensional es un método de abordaje del paciente anciano que tiene como objetivo hacer una evaluación de todos los aspectos que comprometen la salud. Esta lista de chequeo sistemática permite evaluar documentar de forma ordenada datos que nos permitirán no solo determinar la capacidad funcional sino también hacer seguimiento. Otra de las virtudes de este tipo de valoración es de tipo académico, al estandarizarse y documentarse se convierte en una buena base de datos que nos permitirán tomar decisiones tanto a nivel local como periférico.

La valoración geriátrica multidimensional comprende las siguientes áreas:

Valoración geriátrica multidimensional



Tabla 3. Componentes de la evaluación geriátrica multidimensional en cuidado paliativo

Esfera física	Esfera mental	Esfera social	Funcionalidad	Contexto
Listado de problemas	Función cognoscitiva	Redes de apoyo	ABC en el aspecto físico	Creencias religiosas
Condiciones comórbidas	Delirium	Soporte formal	AIVD	Seguridad del hogar
Dolor y otros síntomas	Demencia	Soporte informal	Actividad física y ejercicio	Transporte
Severidad de la enfermedad	Depresión	Función familiar	Balance	Medios de comunicación
Medicamentos	Ansiedad	Actividades sociales	Marcha	Cultura
Estado nutricional		Cuidador		
Autopercepción de salud		Recursos económicos		

ABC: Actividades básicas cotidianas. AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

Fuente: CH, José Mauricio Ocampo. Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. Persona y Bioética, 2005, vol. 9, no 2.

Cada una de estas áreas integran varias áreas del conocimiento médico, pudiéndose ampliar tanto en su estudio como en el seguimiento, siendo necesaria la intervención de terapia física, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, gerontología, enfermería, odontología, y en general todas las áreas de la salud.

El servicio de geriatría coordina la intervención interdisciplinaria, basados principalmente en unos de los instrumentos que se tienen en geriatría que es la Valoración Geriátrica Multidimensional.

Esta valoración debe contener tres factores relevantes que son la continuidad, progresivos, preventivos e integrales.

El Hospital Geriátrico San Miguel ofrece estos diferentes niveles de atención a los pacientes según sus necesidades y los servicios que requiere, de una manera dinámica y ajustada a los estándares actuales.

Valoración Geriátrica Multidimensional:

Se realiza por medio de un proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor, con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo, se incluye las siguientes actividades:

Valoración médica enfocada en conocer la situación basal del paciente para mejorar la precisión diagnóstica.

Evaluación de la repercusión funcional de la enfermedad.

Diseño planes de cuidados y tratamiento.

Seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Ofrecer la ubicación más adecuada.

Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales.

La detección de ancianos frágiles o de alto riesgo.

El tratamiento interdisciplinar (que debe diferenciarse del abordaje multidisciplinar como una profundización, conexión y coordinación más intensa entre diversas disciplinas y sus profesionales).

Desarrollo de programas de valoración geriátrica en los diversos niveles de atención.

Disponibilidad de niveles asistenciales para la atención de la enfermedad en sus distintas fases (aguda, de convalecencia,



recuperación funcional, tratamiento a largo plazo y cuidados paliativos).

Coordinación entre los niveles de atención (Atención Primaria y Atención Especializada) y niveles asistenciales (agudos, media estancia o convalecencia, hospital de día, consulta externa, etc., como se comentará más adelante).

Potenciación de la asistencia ambulatoria, evitando la hospitalización e institucionalización de los pacientes y sus inconvenientes.

Posterior a esto se clasificarán teniendo en cuenta dos factores: el grado de pérdida de la capacidad funcional y el tipo de compromiso que tiene el paciente.

Se definirá según esto el tipo de atención que recibirá: unidad de hospitalización, unidad de media estancia, larga estancia e incluso la necesidad de manejo ambulatorio

En cada uno de estos tipos de pacientes intervendrán todo el equipo multidisciplinario, pero no como un servicio estático si no como algo dinámico que se adapta a las necesidades de cada paciente.

Las funciones del médico geriatra y del médico general son las de coordinar las acciones de todo este equipo, clasificando a los pacientes según su compromiso agudo como del compromiso, crónico de su capacidad funcional.

Medicina general mantendrá un seguimiento del paciente institucionalizado brindando una atención oportuna a las descompensaciones que se llegasen a presentar, así como al seguimiento diario del paciente hospitalizado y de los programados de manera ambulatoria.

Unidad de Recuperación Funcional.

Una vez desarrollada una dependencia o deterioro de la situación basal del paciente debemos valorar las capacidades de recuperación del mismo, que tipo de tratamiento necesita, su duración y donde debe realizarse.

El tratamiento de rehabilitación juega un papel fundamental en el éxito terapéutico del paciente de edad avanzada y de aquí la importancia que los servicios de Geriátrica otorgan a este aspecto, desarrollando unidades específicas para la aplicación del mismo.

Fue precisamente la valoración del paciente y el tratamiento rehabilitador de los ancianos ingresados en hospitales de crónicos lo que condujo al nacimiento de la especialidad en Inglaterra en 1950 a partir de los trabajos de M. Warren. Esto produjo que en este país se implantaran de forma progresiva servicios de Geriátrica y hospitales de día en todos los hospitales generales.

A lo largo de los años se han ido diseñando e implantando nuevas fórmulas orientadas a la recuperación funcional de los pacientes geriátricos. Tras los hospitales de día se desarrollaron las unidades de media estancia o convalecencia que atienden a pacientes con grados de incapacidad más intensos y que no pueden realizarse ambulatoriamente. En los últimos años se han desarrollado sistemas de tratamiento en el ámbito domiciliario, en residencias de ancianos y hemos asistido en la última década al nacimiento de unidades monográficas orientadas a patologías concretas en las que destacan las unidades orto geriátricas orientadas al paciente de edad avanzada con fractura de cadera y las unidades de ictus para los pacientes con accidente cerebrovascular.

Todas estas unidades y componentes asistenciales tienen una estrecha relación con el servicio de Rehabilitación cuando se dispone de él o bien se implantan dentro de la propia unidad cuando están integrados en un centro que carezca del mismo o precise complementarlo o potenciar algún aspecto particular.

La selección del componente asistencial donde debe realizarse el tratamiento se basa en la valoración del grado de



incapacidad del paciente, la intensidad del tratamiento necesario, el soporte de que disponga, la comorbilidad a tratar, la necesidad de cuidados de enfermería, la capacidad de tolerar tratamientos intensos y frecuentes, las preferencias del paciente y sus familiares y de los recursos disponibles.

Unidad de Atención Media Estancia.

Con este nombre (también se denomina unidad de convalecencia, unidad de pos agudos, o unidad de recuperación funcional) definimos aquel componente asistencial geriátrico que atiende a pacientes con problemas médicos o quirúrgicos agudos sobrepasados pero que requieren control médico o de enfermería para completar su tratamiento antes de ser dados de alta del hospital y con la finalidad de conseguir una recuperación funcional y estabilidad de la enfermedad de base evitando de esta manera el reingreso precoz del paciente. Se trata de pacientes con procesos que asocian incapacidad moderada-severa potencialmente reversible que, de no existir este componente asistencial, estarían ocupando camas de otros servicios del hospital o no recibirían un tratamiento correcto.

El 75 % de los pacientes sufren cuadros neurológicos subagudos o postoperatorio de fractura de cadera en fase de rehabilitación. También presenta la gran ventaja de encontrarse directamente coordinado con el servicio de rehabilitación del hospital consiguiendo una evaluación que en otros departamentos del centro sería funcionalmente más compleja. Su coste es aproximadamente un 25 % menor que una unidad de agudos por requerir menos personal y atender a pacientes con estabilización de patologías agudas. Al alta los enfermos son habitualmente enviados a su domicilio. Aproximadamente un 25 % de ellos son subsidiarios de hospital geriátrico de día.

Una pequeña proporción de pacientes ingresados en una unidad de media estancia requiere un ingreso posterior en residencia asistida, unidad de larga estancia o atención domiciliaria por fracaso del tratamiento o empeoramiento funcional debido a nuevas complicaciones o enfermedades. Este índice es un criterio muy importante de calidad del funcionamiento de la unidad y depende fundamentalmente de una correcta selección de pacientes para ingreso en la unidad. La existencia de una problemática social severa, deterioro psíquico importante o escasas posibilidades de recuperación funcional del paciente a medio plazo son limitaciones para el ingreso en la Unidad de Media Estancia. Para el ingreso del paciente es imprescindible el informe favorable del Servicio de Rehabilitación que se encargará de la fisioterapia del paciente.

Hospital de Día.

Es un componente asistencial de funcionamiento exclusivamente diurno cuya finalidad es completar la rehabilitación de enfermos que residen en sus domicilios, así como el control médico y de enfermería de la comorbilidad de pacientes con pluripatología severa. Los pacientes padecen predominantemente secuelas de accidentes cerebrovasculares (1/3 de ellos) y enfermedades del aparato locomotor (otro 1/3 de ellos).

Horario de 8 de la mañana a 5 de la tarde.

La mayoría de los pacientes acuden 2-3 veces por semana y la estancia media es de 3-6 meses.

Los objetivos del hospital de día son:

Completar la recuperación funcional de los pacientes que han sufrido deterioro durante un ingreso hospitalario y presentan un grado de incapacidad leve-moderada, es decir, no cumplen criterios de ingreso en la unidad de media estancia.

Completar el tratamiento o estabilización de pacientes con enfermedad aguda que requieren control estrecho y continuado. Completar la fase de diagnóstico rápido de pacientes con pluripatología y/o limitaciones funcionales, manteniéndolos bajo control hospitalario, pero deslindándolos de la parte de "hostelería" del hospital.

Evitar el ingreso o reingreso de pacientes inestables que habitualmente acuden a las consultas externas del hospital o centros



de salud.

Prestar educación sanitaria al paciente y sus familiares dentro de programas específicos orientados por patologías.

Las funciones llevadas a cabo de forma habitual por el hospital de día son:

Valoración de pacientes previamente citados, generalmente procedentes de centros de salud, para su orientación multidisciplinaria y tratamiento en el componente asistencial más eficaz. Se trata de una consulta ágil con una demora máxima de 24-48 horas.

Consulta de enfermería para tratamiento de patologías que requieren atención específica de esta parte del equipo (curas, transfusiones, control de tratamiento anticoagulante, etc.).

Hospitalización diurna de pacientes que requieren intervenciones diagnósticas o terapéuticas que son imposible de realizar en su domicilio y que en el sistema clásico de asistencia necesitarían ingresar en una cama de hospitalización (transfusiones, ciclos quimioterápicos, paracentesis y toracentesis evacuadoras, tratamiento de reagudizaciones respiratorias, problemas urológicos, control y ajuste de diabéticos, etc.).

Antes de ser admitido al hospital de día cada paciente es evaluado por el médico responsable de este componente asistencial independientemente de su procedencia (plantas de otros servicios del hospital, otro nivel asistencial de geriatría, o nivel comunitario) y, si su patología y situación social lo precisan, por el rehabilitador, enfermera, terapeuta ocupacional y trabajador social responsables.

Para sus funciones, el hospital de día consta de varias áreas:

Área clínica

Consultas de médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social.

Una cama de hospitalización de un día.

Sillones de transfusión y administración de medicación.

Sala de curas-consulta de enfermería.

Área de recuperación funcional:

Gimnasio-sala de terapia ocupacional y actividades de la vida diaria.

Área social

Comedor-sala de estar.

Este tipo de funcionamiento aporta las siguientes ventajas:

Deslindar la actividad terapéutica hospitalaria del concepto de hotel (con el ahorro económico que ello supone).

Permite una supervisión estrecha y prolongada de los enfermos que lo requieren.

Evita ingresos en camas de agudos y posibilita altas tempranas con mayor seguridad.

Garantiza la realización de controles clínicos y analíticos de forma fluida en pacientes de riesgo.

Proporciona alivio a los cuidadores habituales del paciente.

Es un excelente nexo de unión entre la Medicina comunitaria y hospitalaria.

Los tipos de ancianos que habitualmente se reciben en el hospital geriátrico de día corresponden a:

Aquéllos que requieren recuperación funcional o prevención de deterioro.

Los que requieren mantenimientos físicos especializado.

Pacientes que requieren cuidados sanitarios intervencionistas o intensos bien médicos o de enfermería, que no requieren estrictamente ingreso y que pueden residir en sus domicilios.



UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

Es el componente asistencial geriátrico que complementa a la Medicina familiar y comunitaria en la atención a la población de edad avanzada.

Aunque la responsabilidad final recae sobre el equipo de Atención Primaria, los servicios de Geriátria prestan apoyo con sus niveles asistenciales y un equipo consultor. De esta forma, dicho equipo participa en la coordinación de la atención a los ancianos y en la formación continuada del equipo de Atención Primaria en el área de la Geriátria. Para ello se desarrollan las Unidades de Cuidados Comunitarios o Unidades de Coordinación con Atención Primaria, dependientes del servicio de Geriátria del hospital y generalmente constituidos por un especialista en Geriátria y una o más enfermeras con capacidad de desplazamiento.

Los objetivos de este tipo de asistencia son mejorar la situación funcional de los ancianos incluidos en estos programas, reducir los ingresos y reingresos hospitalarios de los pacientes y distribuir mejor los recursos asistenciales disponibles mejorando su eficiencia.

Los pacientes candidatos a ser atendidos por las unidades de coordinación con Atención Primaria dependientes de los servicios de Geriátria del hospital serán de dos tipos:

Aquellos pacientes que requieran una atención médica y de enfermería continuada, especializada y que desborde las posibilidades del equipo de Atención Primaria.

Pacientes que necesiten una valoración médica o de enfermería para orientar su ingreso en otros niveles asistenciales de Geriátria o por problemas clínicos concretos y que no pueden desplazarse al hospital.

Las actividades y funcionamiento de estas unidades de los servicios de Geriátria pueden resumirse en las siguientes:
Coordinación asistencial con los equipos de Atención Primaria:

Garantizar los cuidados continuados.

Preparar el alta de los pacientes ingresados en cada nivel asistencial del hospital.

Intervenir sobre casos de deterioro rápido e intenso que no presentan situaciones de urgencia.

Valorar pacientes en el centro de salud que presentan problemas para desplazarse a la consulta externa del hospital, a requerimiento de los Equipos de Atención Primaria.

Valoración domiciliaria de pacientes con incapacidad de desplazamiento para valorar la aparición de deterioro del estado de salud.

Control evolutivo de los pacientes dados de alta de la consulta externa de Geriátria.

Establecer programas específicos de manejos de determinadas patologías, implantación de guías clínicas y desarrollo de vías clínicas de actuación.

Detección y control de ancianos de alto riesgo en la comunidad, es decir, aquellos que, por sus características médicas, psíquicas o sociales, presentan tendencias al deterioro funcional y ejercen una mayor demanda de los recursos socio-sanitarios.



En cada centro de salud suele existir un coordinador para establecer el contacto directo con la Sección de Geriátrica. Su función será recibir la información referente a los pacientes que se dan de alta de la unidad de hospitalización y planificar el calendario de reuniones y sesiones de su centro de salud. Se desarrollan sesiones periódicas cuyo calendario será establecido una vez que se conozcan las características y funcionamiento de cada centro en las que los contenidos son asistenciales, de formación o para discusión de protocolos.

La atención domiciliaria de los pacientes geriátricos con incapacidad severa generalmente es llevada a cabo por los Equipos de Atención Primaria, los equipos de soporte, las unidades de cuidados paliativos o los servicios de hospitalización a domicilio. Algunos servicios de Geriátrica cuentan con infraestructura suficiente y realizan una actividad de atención domiciliaria directa y continuada, pero en los últimos años existe una tendencia a recomendar la introducción de especialistas en Geriátrica en dichos servicios médicos domiciliarios quedando los servicios de Geriátrica hospitalarios con actividad de coordinación y consulta con intervenciones puntuales así como derivación de los casos necesarios a los niveles asistenciales de hospitalización.

Las Comunas con mayor proporción de población mayor de 60 años, son la 2, 11, 17, 19, 22, las cuales son las de mayor desarrollo y con población afiliada al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes tienen programas voluntarios de salud y usan en poca proporción las instituciones de la red pública de prestadores de salud. En estas Comunas, se encuentran también servicio de protección integral y larga estancias privados, los cuales requieren asesoría de acuerdo con la propuesta del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, ESE, descrita previamente

ANÁLISIS INTEGRAL - RELACIÓN DE PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADAS

El Programa de centro día tiene una baja cobertura, a pesar de contar con unas instalaciones adecuadas y amplias para dar alrededor de 80 cupos para usuarios, estos usuarios pagan particularmente la atención. De contarse con una unidad móvil adecuada para este fin, se puede ampliar el servicio en toda la ciudad, lo cual implica un incremento en los ingresos de la E.S.E. y una mayor cobertura de la población de adulto mayor en la ciudad de Cali inicialmente.

Falta de consultorios para especialistas para ampliar servicios que nos autoriza la red del Valle, en el momento se cuenta con una limitación en consultorios, los profesionales deben Prestar este servicio en algún cubículo Para mejorar la atención y calidad se debe desarrollar la infraestructura de esta área que cada día iría en aumento.

No contar con gases centralizados ni planta de energía, implica limitar la prestación del servicio de hospitalización de crónico y paliativo, ya que es requisito fundamental contar con este servicio.

La obsolescencia de las redes eléctrica implica un alto costo que debe incurrir la ESE para sufragar mensualmente esta erogación, por ello se requiere con urgencia contar con un mejoramiento en la estrategia de tener paneles solares que suplan la necesidad que se tiene disminuyendo gastos de funcionamiento.

DOFA

PROBLEMAS	CAUSAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
BAJA COBERTURA DE SERVICIO CENTRO DIA	POBLACION CAUTIVA Y LIMITADA	AMPLIAS INSTALACIONES	CARENCIA DE UNA UNIDAD MOVIL PARA PRESTAR SERVICIO DOMICILIARIO	GENERAR MAS INGRESOS PARA LA E.S.E	PERDIDA DE LA AMPLIACION DEL SERVICIO
FALTA DE CONSULTORIOS MEDICOS	INFRAESTRUCTURA NO APTA PARA PRESTAR ESTE SERVICIO	SE CUENTA CON UN TERRENO AMPLIO PARA CONSTRUIR	NO CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA LA INVERSION	AUMENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	PERDIDA DE LA AMPLIACION DEL SERVICIO



CARENCIA PLANTA DE GASES CENTRALIZADA Y PLANTA ELECTRICA	NO CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA LA INVERSION	AREA PARA LA ADECUACION DE LA PLANTA	PERDIDA DE COMPETITIVIDAD EN EL MERCADO	AUMENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	REQUISITO PARA LA APERTURA DE SERVICIO DE PACIENTES CRONICOS Y PALIATIVOS
SERVICIO ELECTRICO MUY COSTOSO PARA LA ENTIDAD	REDES ELECTRICAS OBSOLETAS	SE CUENTA CON EL AREA PARA LA ADECUACION	NO CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA LA INVERSION	AMPLIACION EN LA PRESTACION DEL SERVICIO AL ADULTO MAYOR	CONSTANTES PAGOS EXCESIVOS PARA LA ENTIDAD

FORMULACIÓN DE MEDIDAS

ESTRATEGIA 1: Ampliación del servicio de atención al adulto mayor a través de la unidad móvil que permita llegar a cada uno de los lugares donde se requiera la intervención de la ESE.

ESTRATEGIA 2: Gestión institucional para la consecución de los recursos necesarios para la construcción de los consultorios médicos que permitan ampliar la prestación del servicio.

ESTRATEGIA 3: Gestión institucional para la consecución de los recursos necesarios para la adecuación, construcción y habilitación de la planta de gases centralizada y la planta eléctrica que permitan habilitar el servicio de atención a pacientes crónicos y paliativos.

ESTRATEGIA 4: mediante el cambio de redes eléctricas por paneles solares, se disminuye el gasto de funcionamiento de la entidad en un 50% mensualmente en promedio, de esta manera se genera un ahorro financiero, y se habilita ese excedente para la inversión y mejoramiento de otros servicios.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

ESTADO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS

En el marco Administrativo la Empresa Social del Estado Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel está regido por lo estipulado en la Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 87 de 1993, Ley 909 de 2004, Ley 878 de 1993, Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002, Decreto 3344 de 2004, Decreto 489 de 1998, Ley 4 de 1992, Decreto 115 del 2004, Decreto 1011 de 2006, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1474 de 2011, Resolución 1441 de 2013, Ley 1315 de 2009, Ley 1276 de 2009, Ley 1438 de 2011, Ley 1733 de sept8 de 2014, Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria de salud, resolución 024 del 11 de enero de 2017.

El Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel actualmente cuenta con tres Unidades de Negocio, la primera es la Venta de servicios de Salud el cual se genera por medio de la IPS, la segunda Unidad de Negocio es la venta de servicios conexos a la Salud Servicio de protección integral y larga estancia y Ancianatos, y la tercera Unidad de Negocios es el Centro día.

La entidad está en proceso de actualización de los procesos y el Nomograma establecido por el modelo estándar de control interno y el sistema obligatorio de calidad (SOGCS).

El proceso de Adquisición de Bienes y Servicios se encuentra debidamente descrito en el Manual de Contratación de la ESE,



el cual esta recientemente actualizado y socializado para que los funcionarios que ingresan a las dependencias y participan de este proceso se guíen en el mismo ejecuten la contratación de acuerdo a la ley.

En nuestra institución se ajustó el mapa de procesos en julio del 2017 con el fin de optimizar la funcionalidad de la entidad ya que anteriormente contaba con 16 procesos los cuales no se llevaban a cabo y generaban re procesos en la operación. En la actualidad se cuenta con 12 procesos como se observa en la figura lo cual logra reducir el ciclo de tiempo y aumentar la calidad en la prestación de los servicios.



La institución cuenta con doce procesos, correlacionados entre si por la prestación de servicios de salud y albergue, los cuales se encuentran implementados al 100%. Se encuentran documentados, cada uno de ellos cuenta con caracterización, procedimientos, protocolos, instructivos, formatos y planes según sea el caso.

Cada proceso cuenta con un líder que se encarga de gestionar el cumplimiento de las obligaciones, llevar indicadores de gestión e informar anomalías al Comité Mipg (antes denominado Comité de Gerencia).

PROCESOS ESTRATEGICOS:

Incluyen los procesos que direccionan a la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
PLANEACION Y SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION
CONTROL INTERNO

PROCESOS MISIONALES:

Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por el Hospital en el cumplimiento de su objeto social.

GERENCIA DE ATENCION AL USUARIO: el cual está a cargo de una Trabajadora Social Especializada, quien se encarga de dar trámite a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los adultos mayores. Así mismo, realiza la medición de la satisfacción de nuestros usuarios en general.



GERENCIA DE ATENCION ASISTENCIAL: está a cargo de una Enfermera Jefe, quien coordina y gestiona los requerimientos, planificación y control de todos los procesos de atención en salud que se brindan en la institución.

GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR: es coordinado por una Terapeuta Ocupacional especializada, encargada de realizar la planificación, gestión y control de las actividades lúdicas, recreativas, manualidades y culturales ofertadas para los adultos mayores que participan en esta modalidad de atención.

GERENCIA DE RESIDENCIA Y HOGAR DE PASO: se cuenta con un Gerontólogo Especializado encargado de coordinar todo lo relacionado a la planificación y gestión de las 4 salas de servicio de protección integral y larga estancia de la institución.

PROCESOS DE APOYO:

Incluyen todos aquellos procesos para el aseguramiento de la provisión de los recursos que son necesarios en el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación. Corresponden a esta clasificación los siguientes procesos:

- GERENCIA DEL DESARROLLO ADMINISTRATIVO
- GERENCIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN
- GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
- GERENCIA JURIDICA
- GERENCIA DE LA COOPERACION

La institución cuenta con una Ficha Técnica de Indicadores de gestión, en la cual consigna mes a mes la gestión de los procesos. Así:

PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	ESCALA DE MEDICION	FRECUENCIA	FORMULA	FUENTE DE DATOS
Planeación y Sistemas Integrados de Gestión	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
Control Interno	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.



Gerencia de Atención Al Usuario	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
Gerencia de Atención Asistencial	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Producción de Actividades	PRODUCCION	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Consultas Realizadas/Consultas Programadas	R-fast
Gerencia de Servicios Sociales del Adulto Mayor	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Cumplimiento en Atención	PRODUCCION	Medir porcentaje de ocupación de cupos	80%	Porcentaje	Mensual	# Personas atendidas/ # Personas Programadas	SIAU
Gerencia de Residencia y Hogar de Paso	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.



			actividades del proceso					Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Producción de Albergue	PRODUCCION	Medir porcentaje de ocupación de camas	90%	Porcentaje	Mensual	# camas ocupadas / # camas reales	R-fast
Gerencia del Desarrollo Administrativo	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
Gerencia de la Información y Comunicación	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Funcionamiento del Sistema	PRODUCCION	Medir el número de horas sin servicio	95%	Porcentaje	Mensual	# horas funcionamiento / total horas mes	Contingencias
	Producción de Sistemas		Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	90%	Porcentaje	Mensual	# Solicitudes Ejecutadas / # Solicitudes Solicitadas	Formato de Solicitudes
	Ejecución de Contratos		Medir el número de	96%	Porcentaje	Mensual	Valor cuenta presentada / # Valor Total	R-fast



			ejecución de contratos				Contrato	
	Seguimiento a Ventanilla Unica	OPORTUNIDAD	Medir la capacidad de respuesta a los oficios	90%	Porcentaje	Mensual	Dias Respuesta Oficios / Total Solicitudes	Formato de Radicación
	Oportunidad en el cargue	OPORTUNIDAD	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	100%	Porcentaje	Mensual	# Reportes Realizados / # Reportes Programados	R-fast
Gerencia del Ambiente Físico	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Producción de Mantenimiento	PRODUCCION	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	70%	Porcentaje	Mensual	# Solicitudes Ejecutadas / # Solicitudes Solicitadas	Formato de Solicitudes
Gerencia Jurídica	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Producción de Jurídica	PRODUCCION	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	90%	Porcentaje	Mensual	# Solicitudes Ejecutadas / # Solicitudes Solicitadas	Base de Datos



			actividades del proceso					
Gerencia de la Cooperación	Cumplimiento de Actividades	CUMPLIMIENTO	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	Actividades Realizadas/Actividades Programadas	Manual de Funciones, Reportes a Entes de Control, Oficina de Control Interno, Plan de Desarrollo, Pamec.
	Convenios con Contraprestación	PRODUCCION	Medir el grado de cumplimiento de las actividades del proceso	80%	Porcentaje	Mensual	# Convenios con Contraprestación recibida / Total Convenios	Base de Datos
	Gestión a Benefactores		Medir el número de donaciones recibidas	30%	Porcentaje	Mensual	# Donaciones recibidas / # Donaciones gestionadas	Base de Datos

LA E.S.E. dentro del proceso de Gestión del Desarrollo Administrativo, incluye el proceso de Gestión del Talento Humano, dentro del cual están los procesos de Inducción Y Reinducción. Proceso que se lleva a cabo cada mes Y participa todo el equipo de líderes de proceso.



EJES ESTRATEGICOS PLAN DE DESARROLLO “POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO CON CALIDAD”



EJE 1 Fortalecimiento Institucional Objetivo Estratégico:

Fortalecer la calidad y la integralidad de la Gestión logrando una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de baja complejidad y servicios complementarios. En este sentido, la Institución ha logrado avances tecnológicos en cuanto a la adquisición de equipos biomédicos, mobiliario clínico, para las diferentes áreas del Hospital, tales como fisioterapia, hospitalización, paciente crónico, entre otras.

EJE 2 Crecimiento y Desarrollo de Servicios Objetivo Estratégico:

Incrementar los servicios de salud de baja y mediana complejidad con servicios complementarios cumpliendo estándares de calidad, con un modelo de atención geriátrica integral centrada en la persona.

El desarrollo de este eje se centra en la habilitación de nuevos servicios que satisfagan la población cautiva, entre ellos la necesidad de habilitar el servicio de Psiquiatría en la vigencia 2019, alcanzando 19 servicios de baja y mediana complejidad habilitados. Es importante mencionar que la Institución cuenta con un equipo multidisciplinario quien desarrolla una evaluación geriátrica multidimensional a los Adultos Mayores, la cual permite obtener una mirada integral del estado del Adulto Mayor al ingresar a la Institución, y la cual se evalúa periódicamente.



EJE 3 Sostenibilidad Financiera Objetivo Estratégico:

Asegurar y consolidar la sostenibilidad financiera, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados, como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo sostenible de la entidad y su perpetuidad en el tiempo.

EJE 4 Fortalecimiento de la relación con instituciones Educativas Objetivo Estratégico:

Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación universitaria, y el desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

Cabe resaltar que la Institución cuenta con el concepto favorable para ser escenario de práctica docente asistencial otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, el cual permite la interacción de estudiantes en formación y la población Adulta Mayor residente., en un campo de creación y desarrollo académico, de experiencias y conocimiento.

Eje estratégico	Fortalecimiento Institucional	
Nombre del programa	Objetivo(s) de programa	Productos asociados al programa
Residencia y hogar de Paso	Fortalecer los servicios que se brindan al adulto mayor en el programa de residencia	Usuarios satisfechos con los servicios de residencia
Proceso asistencial	Lograr la óptima calidad en los servicios asistenciales acorde con la necesidad de los usuarios con seguridad el paciente.	Adherencia a guías de práctica Clínica Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.
Gestión Administrativa y Talento Humano	El Sistema de Desarrollo Administrativo está orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional. Fortaleciendo los niveles de competencias y de cultura de seguridad al paciente y humanización.	Plan Financiero Plan Anual de Inversiones Plan de Compras Plan de fortalecimiento SIAU Plan de Mantenimiento Plan de GEL Y TICs Plan de Capacitación Plan de inducción y Reinducción Plan de incentivos Proceso de Selección de personal independiente del tipo de vinculación. IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE HUMANIZACION
Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, dándole cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, que garanticen un ambiente de trabajo seguro y saludable, para los colaboradores en el desempeño de sus labores"	PGIRS Matriz de Riesgo Plan Hospitalario de Emergencia COPASST
Estándares de Acreditación	Comparar la mayor calidad esperada en los servicios Prestados versus la situación real.	Autoevaluación de todos los estándares de Acreditación.
Modelo Estándar de Control Interno	Procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las Metas u objetivos previstos.	Plan de Sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno



Modelo Integrado Planeación y Gestión	Asegurar razonablemente los resultados de la Gestión mediante la prevención y evaluación permanente de las políticas y directrices, en cumplimiento del propósito del MIPG Y MECl, logrando el mejoramiento continuo de la gestión de los procesos para el logro de los objetivos de la Misión institucional, minimizar los riesgos, garantizando la transparencia en la gestión.	Plan de Implementación y sostenimiento del MIPG.
---------------------------------------	---	--

Eje estratégico		Sostenibilidad Financiera	
Nombre del Programa	Objetivo(s) de programa	Productos asociados al programa	
Gestión de facturación y Cartera	Incrementar los ingresos económicos por venta de servicios y su efectivo recaudo.	Incremento en la Facturación promedio mes. Sostener el recaudo de la cartera corriente.	
Sanearamiento de Pasivos y disminución del déficit.	Contención del gasto y costo con el objetivo de no generar déficit y disminuir los pasivos.	Disminución y/o mantener los pasivos Indicador de solvencia	
Gerencia de la Cooperación.	Implementar el proceso de Gerencia de la Cooperación, con el fin de aumentar los ingresos por donación y proyectos de cooperación Nacional e internacional.	Proceso implementado efectivamente.	

Eje estratégico		Fortalecimiento de la relación con instituciones Educativas		
Nombre del programa	Objetivo(s) de programa	Productos asociados al programa	Influencia geográfica del programa	
Convenios Docencia de Servicio y convenios de prácticas con instituciones y partes interesadas.	Crear el sub proceso de Gestión de Convenios para garantizar el funcionamiento efectivo con el personal competente.	Convenios activos y en funcionamiento con instituciones y partes interesadas. Caracterización y procedimiento en funcionamiento.	Santiago de Cali	

El

objeto de la Empresa Social del Estado será la prestación de servicios de salud, de asistencia social y de bienestar sicosocial al adulto mayor. En consecuencia, en desarrollo de este objeto adelantará acciones de promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Desarrollar toda clase de planes, programas y proyectos tendientes a cubrir las necesidades de bienestar integral de la población de tercera edad en la ciudad.

Contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.



Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la empresa, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles puede ofrecer.

Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.

Ofrecer a las empresas promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de salud de la población usuaria a través de acciones gremiales, organizativas, técnico- científicas y técnico administrativas.

Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

Contribuir a la formación del factor humano del sector salud.

Impulsar y desarrollar proyectos de investigación para mejorar la calidad en el servicio y la gestión.

Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial que permita un trabajo conjunto con fines de impacto social. (Decreto 1876 de 1994, artículo 4).



Estos ejes estratégicos, tienen líneas estratégicas y objetivos de resultado que permitirán el cumplimiento de las metas de producto para ser implementados en la presente vigencia. A continuación, describiremos cada eje estratégico y sus diferentes componentes.

EJE	OBJETIVO ESTRATEGICO
1. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Fortalecer la calidad y la integralidad de la Gestión logrando una Entidad moderna y eficiente, adoptando el mejoramiento continuo de los procesos, para la prestación de los servicios de salud de baja complejidad y servicios complementarios.



2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS	Incrementar los servicios de salud de baja y mediana complejidad con servicios complementarios cumpliendo estándares de calidad, con un modelo de atención geriátrica integral centrada en la persona.
3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Asegurar y consolidar la sostenibilidad financiera, para el cumplimiento y control de la productividad, optimización de la facturación, racionalizando los gastos y mejorando la rentabilidad a partir de los servicios prestados.
4. FORTALECIMIENTO DE LA RELACION CON INSTITUCIONES Y PARTES INTERESADAS	Fortalecer la relación y control de los convenios Docencia Servicio con las diferentes Instituciones de Educación para el desarrollo de los procesos de formación universitaria, y el desarrollo de nuevos servicios, como esfuerzos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Ejecución del Plan de Desarrollo

La ejecución del Plan de Desarrollo del Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel se formaliza a través del Plan Operativo Anual (POA), por cada uno de los procesos de la Institución, desde los estratégicos, misionales como los de apoyo, que son los que finalmente permiten alcanzar las metas establecidas en los objetivos estratégicos.

Para tal efecto se presentan las iniciativas asociadas al objetivo de cada eje estratégico, que serán la base para la priorización de los proyectos a desarrollar en la vigencia.

Seguimiento al Plan de Desarrollo Institucional

El seguimiento y la evaluación al plan de desarrollo permiten autoevaluar la gestión y adoptar medidas para cumplir los compromisos oportunamente e informar a las entidades de control y a la comunidad del avance del mismo.

La evaluación del cumplimiento de las metas se realizará por la oficina de Planeación de manera trimestral a través de la revisión de los avances parciales de las mismas, a través de las fuentes de información confiables y en conjunto con los procesos responsables de cada una de ellas.

De igual forma se realizará evaluación del Plan Operativo Anual de manera trimestral con cada uno de los responsables, ya que estas estrategias operativas son las que finalmente aportan y permiten avanzar en la consecución de las grandes metas.

Análisis de Resultados

La Gerencia, la oficina de Planeación y la oficina de control interno de manera trimestral analizarán los resultados de los informes de seguimiento estableciendo las desviaciones, así como las causas de las mismas, una vez revisadas se propondrán las acciones de mejora para ajustar las desviaciones y asegurar el cumplimiento de las metas programadas.

Implementación de Acciones de Mejoramiento

Las acciones contempladas para corregir las desviaciones encontradas y asegurar el cumplimiento de los objetivos Institucionales deben ser ejecutadas por los responsables de los procesos y se realizará seguimiento, evaluación y cierre por la oficina de desarrollo institucional.



Evaluación Plan de Desarrollo

Anualmente la gerencia debe presentar a la Junta Directiva el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el Plan de Desarrollo, en el indicador No. 3 del componente Direccionamiento y Gerencia del Plan de Gestión del Gerente= No de metas del plan operativo cumplidas / No de metas programadas Estándar para cada año: $\geq 90\%$ (cumplimiento mayor o igual al 90%)

De la misma manera anualmente la gerencia al terminar la vigencia fiscal debe realizar el procedimiento denominado Rendición de Cuentas a la comunidad en general, en el que uno de los puntos que se presentan en el informe es Gestión del Plan de desarrollo.

SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

El proceso de socialización se realiza con el propósito de comunicar a toda la organización el direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo, alineando los objetivos y metas establecidos con el desarrollo de los procesos de las diferentes áreas para posibilitar su cumplimiento.

La socialización del plan de desarrollo y direccionamiento estratégico está dirigida a todos los grupos de interés del Hospital.

El direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo se socializarán en las diferentes reuniones de Mipg, procesos de Inducción y Reinducción de personal, correos electrónicos, rendición de cuentas a la comunidad, reuniones con asociaciones de usuarios. Estas actividades se realizarán cada año, incluyendo los informes de avance de las vigencias anteriores.



ANEXOS

ANEXO A. Metas e Indicadores

EJE 1	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	META	INDICADOR	INDICADOR LINEA DE BASE	2020	2021	2022	2023
PROGRAMA	OBJETIVO							
Residencia Y Hogar De Paso	Fortalecer los servicios que se brindan al Adulto Mayor en el programa de residencia	310	NUMERO DE CAMAS	296	310	310	310	310
Centro Vida Y Centros Para La Vida	Fortalecer e incrementar el servicio del Centro De Día de la Institución y los Centros para la Vida.	80	NUMERO DE USUARIOS	30	30	50	75	80
Proceso Asistencial	Lograr la óptima calidad en los servicios asistenciales acorde con la necesidad de los usuarios con seguridad el paciente.	90%	PAMEC CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORA	85	90	90	90	90
	conexión a la central de la secretaria con historia unificada en la nube con las ESEs	100%	CONEXIÓN EN LA CENTRAL DE SSPM	20%	20%	50%	80%	100%
Gestión Administrativa y Talento Humano	El Sistema de Desarrollo Administrativo está orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional. Fortaleciendo los niveles de competencias y de cultura de seguridad al paciente y humanización.	80%	CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES PRESENTADOS	70%	80%	80%	80%	80%



Sistema de Gestión Ambiental	Mantener un buen comportamiento ambiental, cumpliendo con las normas legales, a los riesgos ambientales y a las presiones sociales, económicas y competitivas a las que la organización debe enfrentarse.	80%	Contar con un Sistema de Gestión Ambiental y ser partícipe de Hospitales Verdes	70%	80%	80%	80%	80%
Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, dándole cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, que garanticen un ambiente de trabajo seguro y saludable, para los colaboradores en el desempeño de sus labores”	90%	AUTOEVALUACION SISTEMA GESTION LABORAL	80%	80%	90%	90%	90%
Estándares de Acreditación	Comparar la mayor calidad esperada en los servicios prestados versus la la situación real.	3,5	AUTOEVALUACION DE LA ACREDITACION	1,98	1,98	2,4	3,2	3,5
Modelo Estándar de Control Interno	Procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.	80%	AUTOEVALUACION DE MECI	80%	80%	85%	85%	90%
Modelo Integrado Planeacion y Gestión	Asegurar razonablemente los resultados de la Gestión mediante la prevención y evaluación permanente de las políticas y directrices, en cumplimiento del propósito del MIPG Y MECI, logrando el mejoramiento continuo de la gestión de los procesos para el logro de los objetivo de la Misión institucional, minimizar los riesgos, garantizando la transparencia en la gestión.	80%	AUTOEVALUACION DE MIPG	60%	60%	70%	75%	80%



EJE 2	CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS	META	INDICADOR	INDICADOR LINEA DE BASE	2020	2021	2022	2023
PROGRAMA	OBJETIVO							
Atención de Asistencia domiciliaria y Tele asistencia al Adulto Mayor.	Elaborar e implementar el modelo de atención domiciliaria y tele asistencia para el cuidado de los adultos mayores en la Ciudad de Cali.	100	USUARIOS ATENDIDOS EN PROGRAMA	0	0	50	70	100
Atencion en unidad movil adultos mayores	atencion en centros geriaticos y comunidad de poblacion adulto mayor	10200	USUARIOS ATENDIDOS EN PROGRAMA	0	0	2500	5000	10200
Personas habitantes de y en calle que acceden a servicios socio sanitarios anualmente en modalidad de larga estancia desde un enfoque diferencial y de derechos	Atencion integral al habitante de calle en institucion socio-sanitaria	0	USUARIOS ATENDIDOS EN PROGRAMA	0	0	80	80	80
Proyectos de Salud Publica	Fortalecer e incrementar los contratos con la SSPM en lo referente a salud pública (TBC Y SALUD MENTAL)	100	USUARIOS ATENDIDOS EN PROGRAMA	100	100	100	100	100
	Fortalecer e incrementar los contratos con la EAPB en lo referente a Planes de Salud	4	CONTRATATOS DE EAPB	2	2	3	4	4
Atención del cuidado Crónico y Paliativo	Fortalecer el servicio de cuidado crónico y habilitar el servicio de cuidados paliativos.	60	CAMAS CUIDADO CRONICO HABILITADAS	17	17	30	40	60
Ampliación de servicios de consulta Externa	Incrementar los servicios de consulta externa que por necesidad requiere el adulto mayor para garantizar una mejor calidad de vida	0	NUMERO SERVICIOS HABILITADOS NUEVOS TELEMEDICINA	19	19	21	23	25



EJE 3	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	META	INDICADOR	INDICADOR LINEA DE BASE	2020	2021	2022	2023
PROGRAMA	OBJETIVO							
Gestión de facturación y Cartera	Incrementar los ingresos económicos por venta de servicios y su efectivo recaudo.	\$7.885.000.000	INGRESOS TOTALES	\$7.516.000.000	\$6.653.048.172	\$7.595.992.745	\$7.575.563.773	\$7.825.935.944
Saneamiento de Pasivos y disminución del déficit.	Contención de gastos y costos con el objetivo de no generar déficit y disminuir los pasivos.	\$2.669.000.000	PAGO DE PASIVOS	\$ -	\$ 600.000.000	\$ 700.000.000	\$ 700.000.000	\$ 669.000.000
Gerencia de la Cooperación	Implementar el proceso de Gerencia de la Cooperación, con el fin de aumentar los ingresos por donación y proyectos de cooperación Nacional e internacional.	\$ 200.000.000	INGRESOS TOTALES	\$ 100.000.000	\$ 100.000.000	\$ 150.000.000	\$ 180.000.000	\$ 200.000.000



EJE4	FORTALECIMIENTO DE LA RELACIÓN CON INSTITUCIONES Y PARTES INTERESADAS	META	INDICADOR	INDICADOR LINEA DE BASE	2020	2021	2022	2023
PROGRAMA	OBJETIVO							
Convenios Docencia de Servicio y convenios de prácticas con instituciones y partes interesadas.	Crear el sub proceso de Gestión de Convenios para garantizar el funcionamiento efectivo con el personal competente y mantener el grupo de benefactores de la institución .	1	PROCESO CREADO	0	1	1	1	1
	Realizar investigaciones con la instituciones interesadas	4	INVESTIGACIONES PUBLICADAS	0	0	1	1	1