



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Un equipo humano al servicio de la salud

MONITOREO INDICADORES PLAN DE ACCIÓN

2023

Tabla de Contenido

1	Introducción	7
2	Monitoreo y Seguimiento - Plataforma SUITE VISIÓN EMPRESARIAL	8
2.1	Iniciativa 1. Mejoramiento en la Rectoría y Gobernabilidad del	9
2.1.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE).	9
2.1.1.1	Indicador % de participación del proceso misional en el costo total.	9
2.1.1.2	Indicador Oportunidad Asignación de Citas Consulta Medicina General.	9
2.1.2	Área de Sistemas Integrados de Gestión. (ARSIG)	10
2.1.2.1	Plan de trabajo para la mejora continua de los procesos de desempeño institucional mediante el SIG y sus componentes.	10
2.1.3	Grupo de Seguimiento y Evaluación. (GRSYE)	11
2.1.3.1	Indicador Austeridad del Gasto.	11
2.1.3.2	Indicador Informe Semestral de evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.	11
2.1.3.3	Indicador Seguimiento Gestión PQRS.	12
2.2	Iniciativa 2. Mejoramiento de la Atención Integral en Salud y de la Prestación de Servicios de Salud.	13
2.2.1	Grupo Gestión del Riesgo (GRERI).	13
2.2.1.1	Indicador Población diagnosticada con secuelas post COVID.	13
2.2.1.2	Indicador Cobertura de la ruta de promoción y mantenimiento - materno perinatal	14
2.2.1.3	Indicador Canalizaciones de los entes territoriales.	14
2.2.1.4	Indicador Cobertura de la atención integral de la población víctimas del conflicto.	15
2.2.1.5	Indicador Cumplimiento acciones de salud ambiental.	16
2.2.1.6	Indicador Porcentaje de implementación de la política de discapacidad.	16
2.2.1.7	Indicador Demanda Inducida en las Rutas Implementadas.	18
2.2.1.8	Indicador Cobertura Biológicos de Acuerdo a la Ruta Implementada.	18
2.2.2	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	19
2.2.2.1	Indicador Porcentaje Moléculas para inclusión en el acuerdo de medicamentos	19
2.2.2.2	Indicador Costo de Medicamentos por Grupo Farmacológico.	20
2.2.2.3	Indicador de Demanda insatisfecha en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los servicios de salud de mayor impacto	20
2.2.2.4	Indicador Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa.	21
2.2.2.5	Indicador Efectividad de la autorización de Servicios hacia el HOMIL.	22
2.2.2.6	Indicador Diagnóstico de la capacidad resolutoria de los servicios de prioritaria de la red propia.	22
2.2.2.7	Indicador Oportunidad en la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	23
2.2.2.8	Indicador Porcentaje Estancias hospitalarias prolongadas injustificadas.	23
2.2.2.9	Indicador Análisis de la capacidad instalada en el SSFM para la toma de decisiones y mejora de los indicadores de la prestación de los servicios de salud.	24
2.2.3	Grupo Aseguramiento Salud (GRUAS)	25
2.2.3.1	Indicador Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.	25
2.2.3.2	Indicador Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud realizada.	25
2.2.3.3	Indicador Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales Relacionados con los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana.	26

2.2.3.4	Indicador Costo de los Servicios y Tecnologías en Procedimientos Fuera del Plan de Servicios de SSFM.	27
2.2.4	Grupo Salud Operacional.	27
2.2.4.1	Indicador Tasa de heridos dentro y fuera de combate.	27
2.2.4.2	Indicador Tasa de muertos mortalidad dentro y fuera de combate	28
2.2.5	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).	28
2.2.5.1	Indicador Razón PQRS asociados a la atención y prestación de servicios de salud por mil usuarios	28
2.2.5.2	Indicador Gestión de PQRS interpuestos por los usuarios en el SSFM.	29
2.2.5.3	Indicador Avance cumplimiento implementación política de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM.	29
2.2.5.4	Indicador Porcentaje de participación social en los ESM - DISAN-JEFS	30
2.2.5.5	Indicador Funcionarios Capacitados en los canales de orientación e Información.	30
2.2.6	Grupo de Contratación (GRUCO)	31
2.2.6.1	Indicador Numero de Procesos Contractuales Sobre Plan de Compras.	31
2.2.7	Indicador Número de elementos catalogados	32
2.3	Iniciativa 3. Reingeniería del Modelo de Gerenciamiento y Administración del Sistema (Incluyendo Las Políticas y Lineamientos para la Administración del Fondo Cuenta) para Mejorar su Eficiencia	32
2.3.1	Grupo Gestión Financiera (GRUFI)	32
2.3.1.1	Indicador PAC	32
2.3.1.2	Indicador Recaudo SSFM	33
2.3.1.3	Indicador porcentaje de ejecución presupuestal rubros misionales frente a la apropiación vigente de gastos de funcionamiento	34
2.4	Iniciativa 4. Fortalecer y Modernizar la Capacidad Tecnológica y Científica de la Red Propia de la Sanidad Militar	34
2.4.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	34
2.4.1.1	Indicador Proyectos formulados y/o actualizados bajo la metodología vigente del DNP.	34
2.4.1.2	Indicador Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión SALUD.SIS	35
2.4.1.3	Indicador Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión Hospital Naval de Cartagena.	36
2.4.1.4	Indicador Porcentaje de ejecución proyecto de inversión ESM. 2023	36
2.4.1.5	Indicador Porcentaje de ejecución de los recursos de inversión.2023	37
2.5	Iniciativa 5. Desarrollar el estudio y reestructuración de la planta de personal de sanidad militar.	37
2.5.1	Grupo de Talento Humano (GRUTH)	37
2.5.1.1	Indicador Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de integridad, Transparencia y lucha Contra la Corrupción.	37
2.5.1.2	Indicador Porcentaje Cobertura de la encuesta del cumplimiento de los valores y principios del servicio público.	38
2.5.1.3	Indicador Porcentaje Cumplimiento de las estrategias adoptadas para el manejo del talento humano.	39
2.5.1.4	Indicador Cumplimiento del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	39
2.5.1.5	Indicador Levantamiento de Cargas Laborales del Personal Asistencial (SMSM, TS, AS) Nivel CENTRAL, DISAN, JEFS, ESM.	40
2.6	Iniciativa 6. Desarrollar e Implementar un Sistema de Información en Salud Funcional, Acorde con las Necesidades de cada Subsistema de Salud, con la Modernización de las Plataformas Tecnológicas Actuales para una Óptima Administración y Gerenciamiento del Sistema.	41
2.6.1	Grupo Sistema Integral de Información – Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. (SISAM)	41
2.6.1.1	Indicador Disponibilidad del Sistema Integral de Información en Salud	41

2.6.1.2	Indicador Mejora continua de los sistemas de información	41
2.6.1.3	Sensibilización del personal administrativo y asistencial de las DISAN, JEFSA, y ESM sobre el uso de la herramienta.	42
2.6.1.4	Porcentaje de usabilidad de las funcionalidades del sistema SALUS.SIS	43
2.6.2	Grupo Gestión de la Información. (GRUGI)	43
2.6.2.1	Indicador Informe Resultados del PETI	43
2.7	Iniciativa 7. Diseñar, Implementar y Desarrollar el Sistema de Costos y la Estructuración del Estudio Técnico de Suficiencia de Recursos en cada Subsistema de Salud.	44
2.7.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE).	44
2.7.1.1	Indicador Informe de los RIPS del HOMIC 2023	44
2.7.1.2	Indicador Informe de los RIPS de la RED INTERNA	45
2.7.1.3	Indicador Informe de los RIPS de la RED CONTRATADA	45
2.7.1.4	Indicador Cambio Porcentual del Gasto de la Vigencia Actual con Respecto a la Vigencia Anterior.	45
2.7.1.5	Indicador Avance Ejecución por Fases.	46
2.7.1.6	Indicador Ejecución de la prueba integral del módulo CEC.	46
2.7.1.7	Indicador Hoja de ruta planeada, aprobada y oficializada.	46

Contenido de Tablas

Tabla 1. % de participación del proceso misional en el costo total -2023.....	9
Tabla 2. Indicador Oportunidad Asignación de Citas Consulta Medicina General - 2023.....	9
Tabla 3. Plan de trabajo para la mejora continua de los procesos de desempeño institucional mediante el SIG y sus componentes.....	10
Tabla 4. Informe de Austeridad del Gasto.....	11
Tabla 5. Informe Semestral de evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.....	11
Tabla 6. Seguimiento Gestión PQRS.....	12
Tabla 7. Indicador Población diagnosticada con secuelas post COVID.....	13
Tabla 8. Cobertura de la ruta de promoción y mantenimiento - materno perinatal.....	14
Tabla 9. Canalizaciones de los entes territoriales.....	14
Tabla 10. Cobertura de la atención integral de la población víctimas del conflicto.....	15
Tabla 11. Cumplimiento acciones de salud ambiental.....	16
Tabla 12. Porcentaje de implementación de la política de discapacidad.....	16
Tabla 13. Indicador Demanda Inducida en las Rutas Implementadas.....	18
Tabla 14. Cobertura Biológicos de Acuerdo a la Ruta Implementada.....	18
Tabla 15. Porcentaje Moléculas para inclusión en el acuerdo de medicamentos.....	19
Tabla 16. Costo de Medicamentos por Grupo Farmacológico.....	20
Tabla 17. Indicador de Demanda insatisfecha en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los servicios de salud de mayor impacto.....	20
Tabla 18. Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa.....	21
Tabla 19. Efectividad de la autorización de Servicios hacia el HOMIL.....	22
Tabla 20. Diagnóstico de la capacidad resolutive de los servicios de prioritaria de la red propia.....	22
Tabla 21. Oportunidad en la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.....	23
Tabla 22. Porcentaje Estancias hospitalarias prolongadas injustificadas.....	23
Tabla 23. Análisis de la capacidad instalada en el SSFM para la toma de decisiones y mejora de los indicadores de la prestación de los servicios de salud.....	24
Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.....	25
Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud realizada.....	25
Tabla 26. Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales Relacionados con los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana.....	26
Tabla 27. Costo de los Servicios y Tecnologías en Procedimientos Fuera del Plan de Servicios de SSFM.....	27
Tabla 28. Tasa de heridos dentro y fuera de combate.....	27
Tabla 29. Tasa de muertos dentro y fuera de combate.....	28
Tabla 30. Razón PQRS asociados a la atención y prestación de servicios de salud por mil usuarios.....	28
Tabla 31. Gestión de PQRS interpuestos por los usuarios en el SSFM.....	29
Tabla 32. Avance cumplimiento implementación política de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM.....	29
Tabla 33. Porcentaje de participación social en los ESM - DISAN-JEFS.....	30
Tabla 34. Funcionarios Capacitados en los Canales de Orientación e Información.....	30
Tabla 35. Numero de Procesos Contractuales Sobre Plan de Compras.....	31
Tabla 36. Número de elementos catalogados.....	32
Tabla 37. Indicador PAC.....	32
Tabla 38. Indicador RECAUDO SSFM.....	33
Tabla 39. Porcentaje de ejecución presupuestal rubros misionales frente a la apropiación vigente de gastos de funcionamiento.....	34
Tabla 40. Proyectos formulados y/o actualizados bajo la metodología vigente del DNP.....	34
Tabla 41. Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión SALUD.SIS.....	35
Tabla 42. Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión Hospital Naval de Cartagena.....	36
Tabla 43. Porcentaje de ejecución proyecto de inversión ESM.....	36

Tabla 44. Indicador Porcentaje de ejecución de los recursos de inversión.....	37
Tabla 45. Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de integridad, Transparencia y lucha Contra la Corrupción.....	37
Tabla 46. Porcentaje Cobertura de la encuesta del cumplimiento de los valores y principios del servicio público.....	38
Tabla 47. Porcentaje Cumplimiento de las estrategias adoptadas para el manejo del talento humano.....	39
Tabla 48. Cumplimiento del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	39
Tabla 49. Levantamiento de Cargas Laborales del Personal Asistencial (SMSM, TS, AS) Nivel CENTRAL, DISAN, JEFSA, ESM.....	40
Tabla 50. Disponibilidad del sistema integral de información en Salud.....	41
Tabla 51. Mejora continua de los sistemas de información.....	41
Tabla 52. Sensibilización del personal administrativo y asistencial de las DISAN, JEFSA, y ESM sobre el uso de la herramienta.....	42
Tabla 53. Porcentaje de usabilidad de las funcionalidades del sistema SALUS.SIS.....	43
Tabla 54. Informe Resultados del PETI.....	43
Tabla 55. Informe de los RIPS del HOMIC.....	44
Tabla 56. Informe de los RIPS de la RED INTERNA.....	45
Tabla 57. Informe de los RIPS de la RED CONTRATADA.....	45
Tabla 58. Cambio Porcentual del Gasto de la Vigencia Actual con Respecto a la Vigencia Anterior.....	45
Tabla 59. Avance Ejecución por Fases.....	46
Tabla 60. Ejecución de la prueba integral del módulo CEC.....	46
Tabla 61. Hoja de ruta planeada, aprobada y oficializada.....	46

1 Introducción

El presente informe contiene el monitoreo y seguimiento de la vigencia 2023 de los indicadores estratégicos del Plan de Acción 2023 del SSFM, con relación al cargue, actualización de indicadores en la Suite Visión Empresarial. El Área de Desarrollo institucional realiza el monitoreo y seguimiento periódico con el fin de identificar posibles acciones de mejora y la optimización de los procesos.

Para la presente vigencia se tienen un total de 88 indicadores clasificados según su tipo; producto, eficacia, eficiencia y efectividad, con su ficha técnica correspondiente y discriminados de la siguiente manera:

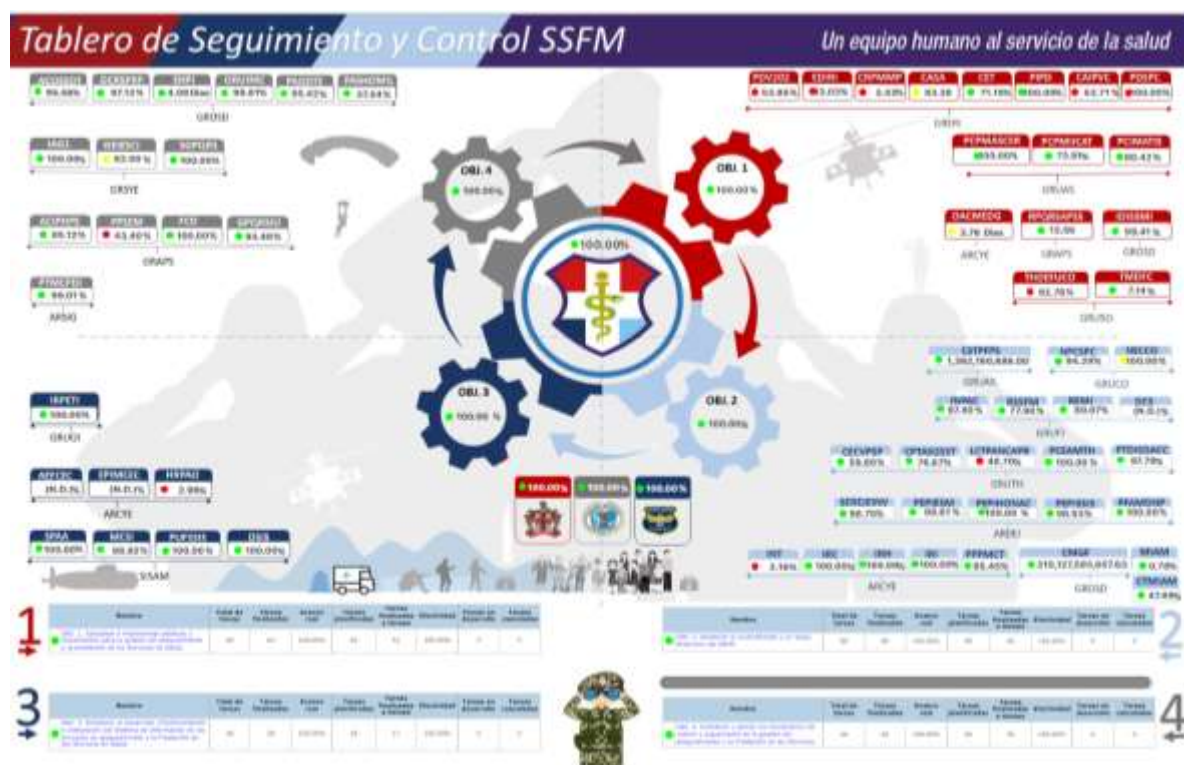
Para indicadores de producto, la Dirección General cuenta con 30 de ellos, estos indicadores no se encuentran migrados en la plataforma ya que no generan mayor impacto por su modo de medición. Para indicadores de eficacia se encuentran activos 45 de los 88 establecidos, para indicadores de eficiencia se encuentran activos 8 de los 88 establecidos y para indicadores de efectividad de encuentran activos 5, para un total de 58 indicadores migrados en la plataforma Suite Visión Empresarial, para monitoreo y seguimiento.



2 Monitoreo y Seguimiento - Plataforma SUITE VISIÓN EMPRESARIAL

A continuación, se realiza la discriminación de indicadores en relación a los procesos responsables de cada uno ellos para su normal y continua medición en referencia a su periodicidad.

Ilustración 1. Tablero de Seguimiento y Control SSFM.



Fuente: Plataforma SUITE VISIÓN EMPRESARIAL.

En la ilustración anterior visualiza la ejecución y estado de cada indicador por cada objetivo y proceso responsable, así como el cumplimiento del Plan de Acción 2023 SSFM, de la Dirección General de Sanidad Militar, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa.

El Tablero de Seguimiento y Control es una herramienta del Área de Desarrollo Institucional que asiste a optimizar e identificar alertas en el cumplimiento de indicadores, Plan de Acción del SSFM (DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC, JEFSa) en pro de la mejora continua del proceso y un monitoreo y seguimiento exitoso, a continuación, el desglosé por iniciativas estratégicas.

2.1 Iniciativa 1. Mejoramiento en la Rectoría y Gobernabilidad

2.1.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE).

2.1.1.1 Indicador % de participación del proceso misional en el costo total.

Tabla 1. % de participación del proceso misional en el costo total -2023

Nombre del Indicador - Alias					
% de participación del proceso misional en el costo total - PA_DIGSA_PPPMCT_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficiencia	$(v1_pa_costos \text{ reales proceso misional SSFM}/v2_pa_costo \text{ total SSFM}) * 100$	85% ▲ Cumplió	I TRIM – 86.32% ●	Porcentaje
				II TRIM – 81.32% ●	
				III TRIM – 90.33% ●	
				IV TRIM – 85.45 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Al cierre de la vigencia 2023, el indicador de participación del proceso misional en el costo total presentó un avance anual del 85,45% obtenido del reporte Área clases de costo del 1 de enero a 31 de diciembre.

2.1.1.2 Indicador Oportunidad Asignación de Citas Consulta Medicina General.

Tabla 2. Indicador Oportunidad Asignación de Citas Consulta Medicina General - 2023.

Nombre del Indicador - Alias					
Oportunidad Asignación de Citas en Consulta de Medicina General - PA_DIGSA_OACMEDG_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	$(v1_pa_suma \text{ de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de primera vez de medicina general y la fecha la cual fue solicitada_proplaes}/v2_pa_numero \text{ de citas de primera vez asignadas de medicina general en el periodo_proplaes})$	3 Días ▲ Alerta	I TRIM - 2.98 ●	Días
				II TRIM – 3.45 ●	
				III TRIM – 4.34 ●	
				IV TRIM – 3.76 ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Al cierre de la vigencia 2023 el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, de los 154 Establecimientos de Sanidad Militar analizados en el periodo, el 82%, se encontraba dentro de la meta del indicador (3 días), dato que corresponde a 127 ESM, el 18% restante que se encontró fuera de la meta correspondiente a 27 ESM georreferenciados en cabeceras municipales con alta densidad poblacional para el SSFM, los cuales a pesar de no representar el comportamiento de la mayoría de los ESM afectan el resultado global del SSFM.

Por lo anterior, las entidades interesadas (partes) y con base en los resultados las Direcciones de Sanidad y Jefatura Salud, tomaron decisiones para impactar positivamente el resultado, como:

- ✓ incremento de la remuneración para el personal asistencial a fin de mejorar la oferta
- ✓ Ampliación de horarios y control la productividad del personal asistencial.

2.1.2 Área de Sistemas Integrados de Gestión. (ARSIG)

2.1.2.1 Plan de trabajo para la mejora continua de los procesos de desempeño institucional mediante el SIG y sus componentes.

Tabla 3. Plan de trabajo para la mejora continua de los procesos de desempeño institucional mediante el SIG y sus componentes.

Nombre del Indicador					
Plan de trabajo para la mejora continua de los procesos de desempeño institucional mediante el SIG y sus componentes. - PA_DIGSA_PTMCSIGC_ARSIG					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de Medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_numero \text{ de actividades reportadas por el monitoreo furag - plan de trabajo mipg_proplaes} / v2_pa_numero \text{ total de actividades planeadas del monitoreo furag - plan de trabajo mipg_proplaes}) * 100$	100% ▲	I TRIM – 7.92 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 26.73 % ●	
				III TRIM – 53.47% ●	
				IV TRIM – 99.01% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Con relación al seguimiento del mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y gestión durante la vigencia 2023, este tuvo una tendencia ascendente en periodos trimestrales hasta dar como resultado al final del seguimiento, un cumplimiento del 99% de las actividades previamente formuladas relacionadas con el seguimiento y la evaluación de las 18 políticas institucionales enmarcadas en el sistema de gestión y desempeño para dar mantenimiento al sistema, en razón al fortalecimiento de la comunicación interinstitucional con las entidades líderes de MIPG del orden Nacional. El resultado se enmarco en el liderazgo y compromiso de la alta Dirección para la gestión de los recursos y la estrategia de despliegue de la misión institución del aseguramiento hasta la prestación de servicios de salud en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.



2.1.3 Grupo de Seguimiento y Evaluación. (GRSYE)

2.1.3.1 Indicador Austeridad del Gasto.

Tabla 4. Informe de Austeridad del Gasto.

Nombre del Indicador					
Informe de Austeridad del Gasto. PA_DIGSA_IAG1_GRSYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_informes\ de\ austeridad\ realizados\ 1_prosyen/v2_pa_informes\ de\ austeridad\ programados_prosyen)*100$	25% ▲ Cumplió	I TRIM – 25 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 50 % ●	
				III TRIM – 75% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del indicador de entrega de informes de austeridad del gasto muestra un progreso constante y completo a lo largo de los trimestres, con un aumento gradual en el cumplimiento de los requisitos de entrega de informes, culminando en la entrega completa de todos los informes en el último trimestre. Esto sugiere una mejora en los procesos de gestión y cumplimiento de requisitos.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador muestra que el 25% de los informes de austeridad del gasto fueron entregados. Esto sugiere un comienzo moderado en el cumplimiento de los requisitos de entrega de informes.

En el segundo trimestre (II TRIM), el indicador aumenta al 50%, lo que indica que la mitad de los informes han sido entregados. Este aumento sugiere un avance significativo en comparación con el trimestre anterior.

La tendencia positiva continúa en el tercer trimestre (III TRIM), donde el indicador aumenta al 75%, lo que sugiere que la mayoría de los informes han sido entregados en este punto.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador alcanza el 100%, lo que indica que todos los informes de austeridad del gasto han sido entregados según lo requerido.

2.1.3.2 Indicador Informe Semestral de evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

Tabla 5. Informe Semestral de evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno.

Nombre del Indicador					
Informe Semestral de evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno. - PA_DIGSA_ISEIESCI_GRSYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de Medida
Semestral	Eficacia	$(v1_pa_nivel\ de\ cumplimientos\ del\ componente/v2_pa_total\ componentes\ del\ meci_grsyen)*100$	100 %	I SEM – 86% ●	Porcentaje
				II SEM – 82% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Aunque el cumplimiento aún es alto en ambos semestres, hay una tendencia a la baja en el segundo semestre en comparación con el primero. Esta disminución podría indicar posibles áreas de preocupación o desafíos que requieren atención para mantener o mejorar el nivel de cumplimiento del sistema de control interno en el futuro. Esto sugiere que la mayoría, si no todos, los componentes del sistema de control interno están siendo cumplidos eficazmente en este período.

Sin embargo, en el segundo semestre (II SEM), el indicador disminuye al 82%. Esto indica una ligera disminución en el cumplimiento de los componentes del sistema de control interno en comparación con el primer semestre.

2.1.3.3 Indicador Seguimiento Gestión PQRS.

Tabla 6. Seguimiento Gestión PQRS.

Nombre del Indicador					
Seguimiento Gestión PQRS. - PA_DIGSA_SGPQRS_GRSYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de Medida
Semestral	Eficacia	$(v1_pa_informes_programados_prosyen/v2_pa_informes_presentados_grsyen)*100$	50% Cumplió	I SEM – 50 % 	Porcentaje
				II SEM – 100% 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

El comportamiento del indicador muestra una mejora sustancial en el cumplimiento de los informes de seguimiento de PQRS entre el primer y el segundo semestre, pasando de un cumplimiento parcial al cumplimiento total.

Esto sugiere una acción efectiva para abordar las deficiencias o retrasos en la presentación de informes y una mejora en la eficacia del proceso de seguimiento de PQRS en el segundo semestre.

En el primer semestre (I SEM), el indicador muestra un nivel de cumplimiento del 50%. Esto sugiere que aproximadamente la mitad de los informes de seguimiento de PQRS fueron completados o presentados en este período.

En el segundo semestre (II SEM), el indicador aumenta al 100%. Esto indica que todos los informes de seguimiento de PQRS han sido completados o presentados en este período.



2.2 Iniciativa 2. Mejoramiento de la Atención Integral en Salud y de la Prestación de Servicios de Salud.

2.2.1 Grupo Gestión del Riesgo (GRERI).

2.2.1.1 Indicador Población diagnosticada con secuelas post COVID.

Tabla 7. Indicador Población diagnosticada con secuelas post COVID

Nombre del Indicador					
Población diagnosticada con secuelas post COVID - PA_DIGSA_PDSPC_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_población\ diagnosticada\ con\ secuelas_greri/v2_pa_total\ población\ covid_greri)*100}{}$	12.50 ▲ Cumplió	I TRIM – 6.69% ●	Porcentaje
				II TRIM – 6.15% ●	
				III TRIM – N/D ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Durante el primer y segundo trimestre del año 2023, se realizaron mesas de trabajo multidisciplinarias, en las cuales se analizó la matriz principal de pacientes afectados por el virus SARS-CoV-2, en donde se observó un incremento en el número de consultas a los servicios de salud del Subsistema de las Fuerzas Militares por parte de esta población, quienes presentaban padecimientos posteriores a la enfermedad. Para determinar si los síntomas reportados en estas consultas estaban directamente relacionados con la enfermedad padecida y podrían considerarse secuelas, se realizó una revisión bibliográfica para respaldar los hallazgos obtenidos en el análisis.

Posteriormente, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, respaldados por evidencia científica, para identificar enfermedades secuales directamente atribuibles al padecimiento posterior a esta patología, encontrando que un 6.69% en el primer y un 6.15% para el segundo trimestre, de la población con diagnóstico positivo para COVID-19 cumplía con los criterios evaluados, lo que indica que este porcentaje presentaba enfermedades secuales como resultado de la infección por SARS-CoV-2.

Para el IV trimestre, se observa un 100% en el estado del indicador por error en la digitación de los datos, por lo anterior se notifica que durante ese trimestre, no se ha identificado población con COVID-19, dado que la contingencia por esta enfermedad ha finalizado. Como próximo paso, se realizará un estudio de investigación en colaboración con el Instituto Nacional de Salud (INS) sobre el post COVID”.



2.2.1.2 Indicador Cobertura de la ruta de promoción y mantenimiento - materno perinatal

Tabla 8. Cobertura de la ruta de promoción y mantenimiento - materno perinatal

Nombre del Indicador					
Cobertura de la ruta de promoción y mantenimiento - materno perinatal - PA_DIGSA_CRPMMP_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_población\ enrutada\ rya - pym_progreri/v2_pa_población\ total - ssfm_progreri) * 100}{100}$	25%  Alerta	I TRIM – 5.11% 	Porcentaje
				II TRIM – 31.42% 	
				III TRIM – 6.08% 	
				IV TRIM – 3.42% 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Durante el año 2023, se registró un promedio de cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud del 11.5%, no alcanzando la meta mínima planificada del 25%. Se destaca un resultado significativo en el segundo trimestre del año, especialmente en los momentos de curso de vida de juventud, adultez y vejez, donde la normativa vigente establece una periodicidad de valoración de 2 a 4 años.

Es importante mencionar las barreras en el acceso al servicio, entre estas el alto traslado de la población como cumplimiento de sus funciones laborales. Ejemplo de esto es la población Militar que se encuentra en el teatro de operaciones lo que dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud ofrecidos en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Es fundamental reconocer que el cumplimiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud es una tarea conjunta entre el personal de salud y los pacientes, quienes deben asumir un papel activo en su autocuidado. En este sentido, se requiere un enfoque integral con estrategias que minimicen las barreras de acceso, así como la promoción de la responsabilidad individual en el cuidado de la salud.

2.2.1.3 Indicador Canalizaciones de los entes territoriales.

Tabla 9. Canalizaciones de los entes territoriales

Nombre del Indicador					
Canalizaciones de los entes territoriales - PA_DIGSA_CET_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(V1_Canalizaciones\ realizadas\ en\ los\ tiempos\ estipulados\ / \ v2_Total\ de\ población\ canalizada) * 100}{100}$	25 %  Cumplió	I TRIM – 69.77% 	Porcentaje
				II TRIM – 74.09% 	
				III TRIM – 53.85% 	
				IV TRIM – 71.15% 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Durante el año 2023, se logró un promedio de gestión de canalizaciones del 67.22%, cumpliendo ampliamente con la meta mínima establecida del 25%. Sin embargo, es crucial destacar que este período estuvo marcado por un notorio aumento en las solicitudes provenientes de los entes de control territorial en el ámbito de la salud.

Este incremento en las solicitudes impactó significativamente la eficiencia del proceso de gestión de canalizaciones, especialmente durante el tercer trimestre del año, donde se observó una disminución en la efectividad de dicho proceso. Este fenómeno puede atribuirse principalmente al aumento de la carga de trabajo derivada de las solicitudes adicionales por parte de los entes de control territorial en salud.

A pesar de los desafíos mencionados, el cumplimiento de la meta mínima establecida refleja los esfuerzos y la capacidad de adaptación del equipo responsable de la gestión de canalizaciones.

2.2.1.4 Indicador Cobertura de la atención integral de la población víctimas del conflicto.

Tabla 10. Cobertura de la atención integral de la población víctimas del conflicto

Nombre del Indicador					
Cobertura de la atención integral de la población víctimas del conflicto - PA_DIGSA_CAIPVC_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	V1_Población víctima del conflicto atendida / V2_Total de la población víctimas de conflicto declaradas por el Gobierno Nacional x100	25% ▲ Alerta	I TRIM – 37.26% ●	Porcentaje
				II TRIM – 49.72 % ●	
				III TRIM – 5.84% ●	
				IV TRIM – 53.71% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

En la Vigencia 2023 el indicador de cobertura de atención integral en salud con enfoque psicosocial a población víctima alcanzó el 36.6% de cobertura superando la meta planificada de 25% para la vigencia. Durante ese año el indicador se comportó de manera variable especialmente en el tercer trimestre donde disminuyó significativamente, sin embargo, se alcanza la meta permitiendo identificar barreras y generar estrategias para mejorar la cobertura del programa PPASIVI.

En esta vigencia la principal barrera identificada se enmarca en el desconocimiento del programa por parte de las víctimas o el deseo de participar en el mismo, situación que dificulta cubrir toda la población. También es importante resaltar que se gestionó el ticket para que desde SALUD.SIS se logre identificar a las víctimas y el área asistencial mejore el proceso de atención según la línea técnica del protocolo PAPSIVI.

Implementar el programa de atención integral en salud con enfoque psicosocial es un reto que el SSFM asume con responsabilidad y humanidad. Se avanzó en la implementación del programa fortaleciendo capacidades en el talento humano que atiende a la población y

se continúa con la implementación de estrategias de divulgación del programa con el fin de que llegue a todos los afiliados víctimas en búsqueda de su beneficio.

2.2.1.5 Indicador Cumplimiento acciones de salud ambiental.

Tabla 11. Cumplimiento acciones de salud ambiental.

Nombre del Indicador					
Cumplimiento acciones de salud ambiental - PA_DIGSA_CASA_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_total \text{ de acciones ejecutadas en salud ambiental_greri} / v2_pa_total \text{ de acciones programadas en salud ambiental_greri}) * 100$	100% Alerta	I TRIM – 82.36 %	Porcentaje
				II TRIM – 64.26%	
				III TRIM – 76.29%	
				IV TRIM – 83.28%	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

El indicador de cumplimiento evidencia un compromiso frente a la ejecución de acciones de salud ambiental, aunque no se alcanzó la meta planificada del 100% para la vigencia 2023 es importante destacar los resultados obtenidos en el primer y cuarto trimestre, con porcentajes de 82.36% y 83.28% respectivamente. Estos resultados indican una mejora en el indicador, ya que históricamente los resultados han sido más bajos, particularmente en la DISAN EJC.

A pesar de los retos encontrados en el segundo trimestre, donde el cumplimiento disminuyó a 64.26%, y en el tercer trimestre, que mostró una mejora del 76%; los resultados del segundo trimestre reflejan una oportunidad relacionada con la planeación y distribución de recursos. La DISAN EJC experimentó un desempeño menor comparado con otras Fuerzas debido a la no contratación de servicios críticos como análisis de agua, lavado de tanques y control integrado de vectores (fumigación). Este aspecto destaca la importancia de asegurar una gestión eficaz y continua en la ejecución de los contratos de los servicios externos.

No obstante, se destacan las estrategias implementadas por la DISAN EJC, que han logrado mejorar el indicador de cumplimiento, contribuyendo a los resultados del SSFM. Los resultados observados en el cumplimiento a lo largo del año indican que, las acciones deben ser realizadas de acuerdo con la planificación establecida, con el fin de que sean más efectivas y generen un mayor impacto. Es importante para la vigencia 2024 fortalecer las intervenciones, no solo para cumplir con la meta planificada, sino también para prevenir impactos ambientales adversos y contribuir en la calidad de vida de los usuarios del SSFM.

2.2.1.6 Indicador Porcentaje de implementación de la política de discapacidad.

Tabla 12. Porcentaje de implementación de la política de discapacidad.

Nombre del Indicador	
Porcentaje de implementación de la política de discapacidad.- PA_DIGSA_PIPD_GRERI	

Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_lineamientos\ implementedos_progreri/v2_pa_lineamientos\ emitidos\ en\ cumplimiento\ de\ las\ política\ de\ discapacidad)*100$	25% ▲ Cumplió	I TRIM – 40 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 60 % ●	
				III TRIM – 80% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Para la vigencia 2023 se estableció una meta de seguimiento a los lineamientos emitidos en cumplimiento al Acuerdo 059 de 2015, el cual establece la Política para la atención en salud de las Personas con Discapacidad afiliados y sus beneficiarios al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP.

Entre los logros destacados se encuentran:

1. Seguimiento del Plan Individualizado de Tratamiento de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, quienes fueron atendidos tanto por la red interna o externa en cada territorio.
2. Mediante la Circular No. 01253001818402/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRERI-ARGRI-86.13 de fecha 21-FEB/23, se actualizaron los lineamientos técnicos relacionados con la prescripción, entrenamiento, capacitación y seguimiento de los Productos de Apoyo en salud.
3. Mejora continua del proceso de certificación de discapacidad a través del fortalecimiento de los equipos de valoración multidisciplinaria, la activación de tres Establecimientos de Sanidad Militar, la actualización de la Resolución relacionada con el procedimiento de Certificación de discapacidad (Resolución No. 1556 de 2023) y el cumplimiento de la meta establecida de certificar 1380 usuarios con discapacidad.
4. Fortalecimiento de las competencias técnicas de los profesionales de rehabilitación, mediante programas de inducción y reinducción, jornadas de sensibilización y capacitación, así como asistencias técnicas personalizadas virtuales por territorio.
5. Consolidación de alianzas intrasectoriales con la Dirección de Veteranos y Rehabilitación inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional, para apoyar los procesos de inclusión familiar, social y laboral de las personas con discapacidad. En esta articulación, se implementó la estrategia “Cuidando a Cuidadores”, que busca proporcionar herramientas a los cuidadores para apoyar su labor de cuidado.



2.2.1.7 Indicador Demanda Inducida en las Rutas Implementadas.

Tabla 13. Indicador Demanda Inducida en las Rutas Implementadas.

Nombre del Indicador					
Indicador Demanda Inducida en las Rutas Implementadas - PA_DIGSA_EDIRI_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_total \text{ población enrutada_greri}/v2_pa_total \text{ población que requiere ser enrutada}) * 100}{}$	25% Alerta	I TRIM – 5.43 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 6.46 % ●	
				III TRIM – N/D ●	
				IV TRIM – N/D ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

En el año 2023, se alcanzó un promedio de canalizaciones a las Rutas de Atención Integral en Salud del 13.5% de población enrutada, no cumpliendo con la meta mínima requerida del 25%. A pesar de este desafío, se destaca el trabajo realizado por el equipo de las DISAN y JEFSa en la captación de usuarios que necesitan valoración y/o servicios de salud para identificar y mitigar los riesgos.

Una de las barreras significativas identificadas en esa vigencia fue el rechazo por parte de los usuarios al acceso de los servicios de salud. Es imperativo diseñar estrategias que permitan una captación oportuna y efectiva de la población que requiere atención a través de las diferentes Rutas de Atención Integral en Salud.

El reconocimiento del esfuerzo realizado por el equipo y la identificación de las barreras internas y externas, son clave para el diseño e implementación de estrategias de intervención dirigidas a mejorar la captación y el acceso a los servicios de salud, contribuyendo así a una atención integral y oportuna para la población.

2.2.1.8 Indicador Cobertura Biológicos de Acuerdo a la Ruta Implementada.

Tabla 14. Cobertura Biológicos de Acuerdo a la Ruta Implementada.

Nombre del Indicador					
Cobertura Biológicos de Acuerdo a la Ruta Implementada. - PA_DIGSA_PDV2022_GRERI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_población \text{ inmunizada}/v2_pa_población \text{ que está programada para recibir la vacunación_progreri}) * 100}{}$	23.75% Cumplió	I TRIM – 13.19 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 24.87 % ●	
				III TRIM – 24.87 % ●	
				IV TRIM – 53.85% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Para la vigencia 2023 se logró un cumplimiento en el II, III y IV trimestre según la línea base establecida, los datos evidenciados en la tabla N°22, reflejan que en el I trimestre de esa vigencia no se logró la meta planificada, teniendo así un déficit del 10.56%, esto se ve relacionado con la poca adherencia de la población objeto del PAI a los puntos de vacunación, ya que al iniciar el año suelen estar en periodo de vacaciones y no se

contempla la importancia de la inmunización, de igual manera la finalización e inicio de los contratos de talento humano afectan significativamente el resultado del indicador.

Dentro de las estrategias utilizadas para evitar que comportamiento del indicador continuara en rojo se contemplaron acciones de seguimiento a la cohorte mediante la implementación de un plan choque que permitió elevar la cobertura, ya que se identificó población objeto del PAI susceptible, que había sido inmunizada en otras EPS y de las cuales en su momento no se tenía información ya que no se cuenta con la Inter operatividad con la red externa, en tiempo real.

Por consiguiente, se continúan realizando y fortaleciendo acciones para lograr el cumplimiento de coberturas útiles y así disminuir la cantidad de susceptibles a enfermar.

2.2.2 Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)

2.2.2.1 Indicador Porcentaje Moléculas para inclusión en el acuerdo de medicamentos

Tabla 15. Porcentaje Moléculas para inclusión en el acuerdo de medicamentos

Nombre del Indicador					
Porcentaje Moléculas para inclusión en el acuerdo de medicamentos - PA_DIGSA_MIAM_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_moleculas \text{ recomendadas para inclusión al mumt_grosc} / v2_pa_total \text{ de moléculas validadas en eipsa_grosc}) * 100$	1.62% ▼ Cumplió	I TRIM – 1.62% ●	Porcentaje
				II TRIM – 3.03% ●	
				III TRIM – 3.27% ●	
				IV TRIM – 0.78% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Se realiza analisis a las variables optenidas tras el calculo del indicador, encontrando que pese a que se cumple la meta establecida, no es de gran valor para la actividad de la actualizacion del Acuerdo de medicamerntos, dado que los medicamentos por paso a Equipo Interdisciplinario de Profesionales de Salud (EIPSA) de marcas comerciales aumenta la desviaciones del objeto del indicador, ya que se presentan principios activos cubiertos que requieren paso por EIPSA por requerir una marca especifica; del mismo modo el Acuerdo dispone las unicas metodologias dispuestas para inclusion de moleculas.



2.2.2.2 Indicador Costo de Medicamentos por Grupo Farmacológico.

Tabla 16. Costo de Medicamentos por Grupo Farmacológico

Nombre del Indicador					
Costo de Medicamentos por Grupo Farmacológico - PA_DIGSA_CMFG_GROSD					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Anual	Eficacia	$(v1_pa_costo_medicamentos\ por\ grupo\ farmacologico_groscd)/*100$	Variable	210.127.593.657.63 ●	Numero

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Se realiza el monitoreo al costo de medicamentos, con los datos arrojados de la vigencia inmediatamente anterior, para el caso del seguimiento 2023 se toma la referencia del consumo en el 2022 encontrando la priorización de grupos farmacológicos con mayor participación del costo total asociado a la utilización y consumo de medicamentos en el SSFM.

2.2.2.3 Indicador de Demanda insatisfecha en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los servicios de salud de mayor impacto

Tabla 17. Indicador de Demanda insatisfecha en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los servicios de salud de mayor impacto.

Nombre del Indicador					
Indicador de Demanda insatisfecha en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los servicios de salud de mayor impacto - PA_DIGSA_IDISSMI_GROSD					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	$(v1_pa_cociente\ entre\ la\ sumatoria\ de\ las\ moleculas\ (items)\ entregadas\ (dispensadas)\ efectivamente\ a\ los\ usuarios_groscd/v2_pa_totalidad\ de\ moleculas\ (items)\ prescritos\ a\ los\ usuarios\ en\ un\ periodo\ determinado_groscd) * 100$	Disminuir el 2% Cumplió ▲	I SEM – 94.24 % ●	Porcentaje
				II SEM – 99.41 % ●	Porcentaje

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Tras el cálculo del indicador se evidencia que la cobertura general de la población adscrita al SSFM en cuanto al acceso a medicamentos se ubicó en un 94.24%; discriminado por tipología se evidencia que del total de los medicamentos solicitados se precisa que el 66% corresponde a medicamentos incluidos en el Acuerdo 080-2023, seguido por el acceso a medicamentos por medio de validación por equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (EIPSA) con una participación del 28%, finalmente se ubican los medicamentos que se entregan con fallo judicial, los cuales porcentualmente corresponden al 6%, que según lo evidenciado se relaciona con tutelas integrales para determinado tratamiento.

Esto permite evidenciar que el comportamiento para la dispensación de medicamentos tipificados como EIPSA, se tiene que para los meses julio, agosto y septiembre 2023 se da de una disminución comparada inmediatamente con primer semestre del año 2023, teniendo en cuenta que en los dos primeros se mantuvo un comportamiento regular con

una participación de aproximadamente 28%, mientras en el último semestre el 16% de participación porcentual en relación con el costo total de dispensación de medicamentos para el SSFM.

Se precisa que esto hace parte del monitoreo constante en los indicadores establecidos para el seguimiento al contrato de medicamentos.

2.2.2.4 Indicador Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa.

Tabla 18. Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa

Nombre del Indicador					
Oportunidad de la autorización de Servicios hacia la red externa - PA_DIGSA_PAGDTE1_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_numero \text{ de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido_propres}/v2_pa_numero \text{ total de autorizaciones generadas_propres}) * 100}{100}$	90% ▲ Cumplió	I TRIM – 87 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 87.09 % ●	
				III TRIM – 94.23% ●	
				IV TRIM – 95.42% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Se logró disminuir los tiempos de respuesta para las autorizaciones dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Se logró el seguimiento a las autorizaciones generadas durante el año 2023 verificando la pertinencia y correcto direccionamiento por georreferenciación mediante mesas de trabajo con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento continuo del proceso.

Durante el cuarto trimestre se evidencio una mejora en el cumplimiento de la oportunidad en la generación de las autorizaciones dentro de los siguientes cinco días a la solicitud de la autorización de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para la red interna y la red externa contratada.

El mayor porcentaje de los servicios autorizados se direccionó a los Establecimientos de Sanidad Militar con el 72% para el 2022 y el 71% el 2023 generando contención del gasto en cuanto a las autorizaciones realizadas a la red externa, lo cual indica el direccionamiento adecuado en los servicios de salud según nivel de complejidad haciendo buen uso de la capacidad instalada en los ESM.

Según información reportada por la herramienta SALUD.SIS, del 100% de las autorizaciones realizadas, el 38% del año 2023 y el 35 % del 2022 fue generado de manera manual, debido a que la red externa contratada cuenta con otro sistema de información y el 65 % y 62 % fueron generados de manera automática, lo cual permite disminuir las barreras de acceso administrativas a los usuarios del SSFM.

2.2.2.5 Indicador Efectividad de la autorización de Servicios hacia el HOMIL.

Tabla 19. Efectividad de la autorización de Servicios hacia el HOMIL

Nombre del Indicador					
Efectividad de la autorización de Servicios hacia el HOMIL - PA_DIGSA_PASHOMIL_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	$(V1_PA_Autorizaciones\ efectivas_GROSD / V2_PA_autorizaciones\ emitidas\ al\ HOMIL_GROSD)*100$	30.62% ▲ Cumplió	I TRIM – 30.62 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 14.93 % ●	
				III TRIM – 11.16% ●	
				IV TRIM – 37.54% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Teniendo en cuenta lo reportado en las autorizaciones del HOMIL en servicios de salud a los usuarios del SSFM durante la vigencia 2023 y los RIPS, Durante el primer trimestre se se cumplió con la meta establecida para el indicador.

En el II y III trimestre el comportamiento del indicador estuvo por debajo de la meta establecida esto puede deberse a que los usuarios no utilizan de forma inmediata la autorización para la prestación de los servicios, las autorizaciones son utilizadas de meses anteriores y a la demanda insatisfecha presentada en algunos servicios en el HOMIL.

Así mismo, es de anotar que finalizando el último trimestre hubo un incremento del registro en las autorizaciones en los RIPS del HOMIL.

2.2.2.6 Indicador Diagnóstico de la capacidad resolutive de los servicios de prioritaria de la red propia.

Tabla 20. Diagnóstico de la capacidad resolutive de los servicios de prioritaria de la red propia.

Nombre del Indicador					
Diagnóstico de la capacidad resolutive de los servicios de prioritaria de la red propia - PA_DIGSA_DCRSPRP_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(V1_PA_Total\ de\ pacientes\ resueltos\ en\ el\ servicio\ de\ prioritaria\ de\ la\ red\ propia_GROSD/V2_PA_Total\ de\ pacientes\ atendidos\ en\ prioritaria\ de\ la\ red\ propia_GROSD)*100$	90% ▲ Cumplió	I TRIM – 89.42 % ●	porcentaje
				II TRIM – 98.03 % ●	
				III TRIM – 98.15% ●	
				IV TRIM – 97.13% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

En el año 2023 se realizó el análisis de la información reportada por la DISAN EJC, ARC y JEFSa en el Formato de reporte Atención Medica y/o Odontológica priorizada, donde se verifico el comportamiento del proceso de Atención Medica y/o Odontológica priorizada en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con la retroalimentación enviadas a las Direcciones de Sanidad y Jefatura de salud Fuerza Aérea para el análisis y retroalimentación a los Establecimientos de Sanidad Militar con el fin de realizar seguimiento y control a las novedades encontradas, recalando la importancia de la mejora continua en la prestación de servicios a los usuarios.

Se logró cumplir con el fortalecimiento de la resolutiveidad en los Establecimientos de Sanidad Militar para el manejo de diagnósticos de nivel primario con el fin de disminuir los gastos en la Red complementaria siempre y cuando sus capacidades a si lo permitan.

2.2.2.7 Indicador Oportunidad en la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.

Tabla 21. Oportunidad en la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.

Nombre del Indicador					
Oportunidad en la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad - PA_DIGSA_ORUIMC_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_digsa_numero \text{ de referencias realizadas dentro del tiempo establecido_propres} / v2_pa_numero \text{ de total de referencias realizadas}) * 100$	90% ▲ Cumplió	I TRIM – 91% ●	Horas
				II TRIM – 95.10% ●	
				III TRIM – 99.04% ●	
				IV TRIM – 98.81% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Se ha evidenciado un aumento progresivo del porcentaje de efectividad de los traslados realizados a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a nivel nacional en el año 2023 dando cumplimiento al tiempo estipulado en la normatividad vigente, logrando garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el nivel de complejidad que requería de acuerdo con su estado de salud en los tiempos establecidos.

2.2.2.8 Indicador Porcentaje Estancias hospitalarias prolongadas injustificadas.

Tabla 22. Porcentaje Estancias hospitalarias prolongadas injustificadas

Nombre del Indicador					
Porcentaje Estancias hospitalarias prolongadas injustificadas - PA_DIGSA_EHPI_PROPRES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficiencia	$(V1_PA_Diferencia \text{ en días de estancias hospitalarias prolongadas injustificadas_GROSD} / V2_PA_Total \text{ de días de estancias prolongadas_GROSD}) * 100$	10 Días ▼ Cumplió	I TRIM – 7.78 ●	Días
				II TRIM – 5.64 ●	
				III TRIM – 7.49 ●	
				IV TRIM – 4.08 ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.



2.2.2.9 Indicador Análisis de la capacidad instalada en el SSFM para la toma de decisiones y mejora de los indicadores de la prestación de los servicios de salud.

Tabla 23. Análisis de la capacidad instalada en el SSFM para la toma de decisiones y mejora de los indicadores de la prestación de los servicios de salud.

Nombre del Indicador					
Análisis de la capacidad instalada en el SSFM para la toma de decisiones y mejora de los indicadores de la prestación de los servicios de salud. - PA_DIGSA_ACOSSDT_GROSD					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	$(v1_pa_total \text{ de servicios ofertados por esm_propres} / v2_pa_total \text{ servicios que debe ofertar de acuerdo con el componente de atención_propres}) * 100$	90% ▲ Cumplió	I SEM – 90.06 % ●	Porcentaje
				II SEM – 95.56% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Se logró identificar la disponibilidad en oferta de servicios de salud por parte de los Red Propia conformada por los Establecimientos de Sanidad Militar y las Unidades de Apoyo a la Salud Operacional según los grupos de servicios se observó los siguientes puntos:

- ✓ Al verificar la oferta de las UASO y ESM obtuvieron un indicador mayor al 90 % teniendo en cuenta el cumplimiento de la oferta mínima de servicios.
- ✓ Es importante precisar que los ESM realizan la integralidad de las redes de servicios de salud a través de la red complementaria en los territorios que acceden mediante la contratación. Motivo porque estos estudios de la red complementaria son importantes para realizar la integración con las IPS disponibles en el territorio.
- ✓ Es importante indicar que la dispersión de la ubicación por georreferenciación de los usuarios es alta teniendo en cuenta la red de servicios disponibles en los territorios a nivel nacional.
- ✓ Este indicador mide la disponibilidad de oferta de servicios y la optimización de capacidad instalada la cual se evidencia que el nivel de ocupación es bajo para realizar la oferta en los diferentes grupos de servicios.
- ✓ El grupo de servicios que mayor oferta tiene a nivel nacional en los ESM es el de consulta externa y apoyo diagnostico – terapéutico.

Por lo anterior podemos concluir que la aplicación de la reorganización y oferta de servicios de los ESM y UASO de acuerdo con la Directiva # 0122010481302 a mantenido el indicador dentro de las metas propuestas.

2.2.3 Grupo Aseguramiento Salud (GRUAS)

2.2.3.1 Indicador Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.

Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud

Nombre del Indicador					
Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud - PA_DIGSA_PCIMATIS_PROAS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(V1_PA_Actividades\ implementadas\ en\ cumplimiento\ del\ acuerdo\ 070\ en\ la\ Regional\ Pacifico_GRUAS / V2_PA_Total\ actividades\ acuerdo\ 070_GRUAS) * 100$	80% ▲ Cumplió	I TRIM – 53.15 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 76.92 % ●	
				III TRIM – 78.32% ●	
				IV TRIM – 80.42% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

El indicador de seguimiento a las actividades de implementación del MATIS ha alcanzado un avance del 80,4%, superando la meta establecida del 80%. Esto demuestra que se han realizado importantes progresos en la ejecución de las actividades planificadas en cada uno de los módulos de la Guía del MATIS. Los actores SSFM han logrado cumplir satisfactoriamente con la meta propuesta para la vigencia 2023.

Sin embargo, el equipo enfrenta el desafío de poder seguir trabajando en completar el resto de acciones previstas para el 2024, teniendo en cuenta los posibles cambios estructurales que puedan surgir por las transformaciones en el sistema de salud colombiano. Será necesario mantener la flexibilidad y la capacidad de adaptación para hacer frente a estos posibles retos.

2.2.3.2 Indicador Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud realizada.

Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud realizada.

Nombre del Indicador					
Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud realizada. - PA_DIGSA_PCPMASCAR_PROGACAS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(V1_PA_Numero\ de\ actividades\ cumplidas_ARCAS / V2_PA_Numero\ total\ de\ actividades\ formuladas_ARCAS) * 100$	18% ▲ Cumplió	I TRIM – % ●	Porcentaje
				II TRIM – % ●	
				III TRIM – 42.86% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

El comportamiento del Indicador de Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de cada auditoria del Sistema de Calidad en Salud, para el I Trimestre 2023, no cuenta con

el dato, teniendo en cuenta que el Grupo de Seguimiento y Evaluación inicio las auditorías a los ESM del SSFM, a partir del II Trimestre 2023.

Para el II Trimestre 2023, el Grupo Seguimiento y Evaluación y el grupo auditor DIGSA, realiza la revisión y aprobación del plan de mejoramiento de la auditoría del Dispensario Médico Sur Occidente, por tanto, para este trimestre, aun no se da inicio al desarrollo y cumplimiento de dicho plan, como se informó al Grupo de Planeación Estratégica DIGSA, mediante oficio N°0123007589702 del 19 de mayo del 2023.

Para el III y IV trimestre, se realiza el seguimiento y cierre de 7 actividades del Plan de Mejoramiento del Dispensario Médico Sur Occidente, cumpliendo con las actividades formuladas para el componente de Garantía de la Calidad en Salud de las Auditorías Integrales DIGSA del 2023.

Del mismo modo, se revisaron y aprobaron las actividades formuladas para el componente de Garantía de la Calidad en Salud de los planes de mejoramiento generados de las Auditorías Integrales DIGSA del 2023, del Dispensario Médico de Medellín, Dispensario Médico de Fuerza Aérea y Hospital Naval de Cartagena, que de acuerdo a la información suministrada por el Grupo Seguimiento y Evaluación a la fecha el avance consolidado de estos planes es del 42.85%.

2.2.3.3 Indicador Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales Relacionados con los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana.

Tabla 26. Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales Relacionados con los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana.

Nombre del Indicador					
Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales Relacionados con los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana. - PA_DIGSA_PCPMIICAT_PROGACAS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(V1_PA_Numero \text{ de actividades cumplidas } (B)_ARCAS / V2_PA_Numero \text{ total de actividades formuladas } (B)_ARCAS) * 100$	80% ▼ Cumplió	I TRIM – 93.18% ●	Porcentaje
				II TRIM – 79.41 % ●	
				III TRIM – 90 % ●	
				IV TRIM – 73.91 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Del análisis de la ejecución de las acciones de mejora proyectadas en los Planes de Mejoramiento Institucionales, por DISAN EJC- DISAN ARC y JEFSA, para mejorar la tendencia negativa de los Indicadores de Calidad en Salud, se deriva un cumplimiento del 84% para la vigencia del año 2023.

2.2.3.4 Indicador Costo de los Servicios y Tecnologías en Procedimientos Fuera del Plan de Servicios de SSFM.

Tabla 27. Costo de los Servicios y Tecnologías en Procedimientos Fuera del Plan de Servicios de SSFM.

Nombre del Indicador					
Costo de los Servicios y Tecnologías en Procedimientos Fuera del Plan de Servicios de SSFM. - PA_DIGSA_CSTPFPS_GRUAS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficiencia	(v1_pa_costo de las salidas a pacientes reportadas fuera del plan de servicios_gruas=v1_pa_costo de las salidas a pacientes reportadas fuera del plan de servicios_gruas)	%	I SEM – 3.634.531.562 ●	Porcentaje
				II SEM – 1.362.160.686 ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

El comportamiento del indicador muestra una reducción sustancial en el costo de los servicios y tecnologías en procedimientos fuera del plan de servicios de SSFM entre el primer y el segundo semestre. Esto podría indicar una mejora en la gestión de recursos o un cambio en las prácticas para limitar los procedimientos fuera del plan de servicios y, por lo tanto, reducir los costos asociados.

En el primer semestre (I SEM), el costo de los servicios y tecnologías en procedimientos fuera del plan de servicios de SSFM fue de 3.634.531.562 unidades (la unidad no está especificada). Este es un costo considerablemente alto y sugiere que hubo una cantidad significativa de procedimientos que se realizaron fuera del plan de servicios establecido.

Sin embargo, en el segundo semestre (II SEM), el costo disminuyó drásticamente a 1.362.160.686 unidades. Esta disminución sugiere que se han tomado medidas para reducir los costos asociados con los procedimientos realizados fuera del plan de servicios de SSFM.

2.2.4 Grupo Salud Operacional.

2.2.4.1 Indicador Tasa de heridos dentro y fuera de combate.

Tabla 28. Tasa de heridos dentro y fuera de combate.

Nombre del Indicador					
Tasa de heridos dentro y fuera de combate - PA_DIGSA_THDEFUCO_PROSOPE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	Número de heridos dentro y fuera de combate/numero promedio de militares periodo*10000	55.3	I SEM – 43.64 ●	Tasa
				II SEM – 82.74 ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Durante el año 2023, al comparar el primer y el segundo semestre con relación a la tasa de heridos dentro y fuera de combate, se observa que la tasa aumentó en el segundo semestre en comparación con el primero. En el primer semestre, la tasa de heridos fue de 43,64, lo que representa que, por cada 10.000 militares se presentó 43 heridos en las Fuerzas Militares. En contraste, en el segundo semestre, la tasa se incrementó a 49,70, lo que representa que, por cada 10.000 militares se presentó 49 heridos en las FF.MM.

2.2.4.2 Indicador Tasa de muertos mortalidad dentro y fuera de combate

Tabla 29. Tasa de muertos dentro y fuera de combate

Nombre del Indicador					
Tasa de muertos dentro y fuera de combate - PA_DIGSA_TMDFC_PROSOPE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	Número de fallecidos dentro y fuera de combate/numero promedio de militares periodo*10000	7.1 ▶ Cumplió	I SEM – 7.1 ●	Tasa
				II SEM – 7.14 ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Con relación al análisis de la mortalidad dentro y fuera de combate, en el 2023, al comparar el primer y el segundo semestre con relación a la tasa de muertos dentro y fuera de combate, se observa que la tasa se mantiene. En el primer semestre, la tasa de muertos fue de 7,1, lo que representa que, por cada 10.000 militares se presentó 7 muertos en las Fuerzas Militares. Así mismo, en el segundo semestre, la tasa fue de 7,0, lo que representa que, por cada 10.000 militares se presentó 7 muertos en las FF.MM.

2.2.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).

2.2.5.1 Indicador Razón PQRS asociados a la atención y prestación de servicios de salud por mil usuarios

Tabla 30. Razón PQRS asociados a la atención y prestación de servicios de salud por mil usuarios.

Nombre del Indicador					
Razón PQRS asociados a la atención y prestación de servicios de salud por mil usuarios - PA_DIGSA_RPQRSAPSS_GRAPS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	(v1_pa_numero de PQRS de prestación de servicios de salud por departamento_graps/v2_pa_totalidad de usuarios adscritos al respectivo departamento_GRAPS)*1000	18.62 ▼ Cumplió	I TRIM – 18.28 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 16.60 % ●	
				III TRIM – 17.35 % ●	
				IV TRIM – 13.56 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Teniendo en cuenta la línea base de la vigencia 2022, se encontraba que, en su momento por cada 1.000 afiliados 19 interponían una PQRS, para la vigencia 2023 el comportamiento de los resultados de este indicador fue con tendencia a la baja de un trimestre a otro, quedando por debajo de la línea base mencionada y dando cumplimiento a la meta, en la que se esperaba estar por debajo de 18.62.

2.2.5.2 Indicador Gestión de PQRSD interpuestos por los usuarios en el SSFM.

Tabla 31. Gestión de PQRSD interpuestos por los usuarios en el SSFM.

Nombre del Indicador					
Gestión de PQRSD interpuestos por los usuarios en el SSFM - PA_DIGSA_GPQRSIU_GRAPS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de Medida
Semestral	Eficacia	(v1_pa_total de PQRSD gestionadas_proaups/v2_pa_total PQRSD interpuestas_proaups)*100	90% ▲ Cumplió	I SEM – 90.90 %	Porcentaje
				II SEM – 94.06 %	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para la vigencia 2023, se esperaba que la gestión de las PQRSD superara el 90%, esto quiere decir que se cerraran en los términos de ley la mayor cantidad de estos requerimientos dentro de cada trimestre y, analizando el comportamiento de los datos del indicador; se evidencia que se dio cumplimiento a la meta y en promedio la línea base quedó en 93% para la vigencia 2023 que comparado con la vigencia 2022 quedó 3 puntos porcentuales por debajo, ya que era del 96% con un mayor número de PQRSD.

2.2.5.3 Indicador Avance cumplimiento implementación política de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM.

Tabla 32. Avance cumplimiento implementación política de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM.

Nombre del Indicador					
Avance cumplimiento implementación política de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM - PA_DIGSA_ACIPHS_GRAPS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	(v1_pa_actividades política de humanización ejecutadas por los esm_proaups/v2_pa_total de actividades programadas en la política de humanización para los ESM ateus_proaups)*100	90 % ▲ Cumplió	I TRIM – 95.93 %	Porcentaje
				II TRIM – 48.84 %	
				III TRIM – 94.90 %	
				IV TRIM – 96.13 %	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Los resultados del indicador nos muestran que para el primer trimestre, tercer trimestre y cuarto trimestre se estuvo dentro de los rangos de cumplimiento de la meta, pero para el segundo trimestre no se logró el objetivo que consistía en que los ESM realizaran la totalidad de las actividades programadas para el desarrollo de la política de humanización.

2.2.5.4 Indicador Porcentaje de participación social en los ESM - DISAN-JEFSA

Tabla 33. Porcentaje de participación social en los ESM - DISAN-JEFSA

Nombre del Indicador					
Porcentaje de participación social en los ESM, DISANES, JEFSA - PA_DIGSA_PPSESM_GRAPS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	(v1_pa_numero de asistentes a las actividades de participación_proaups/v2_pa_numero de usuarios convocados a las actividades de participación_proaups)*100	90 % ▼ Alerta	I TRIM – 50.32 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 67.38 % ●	
				III TRIM – 13.42 % ●	
				IV TRIM – 43.40 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Los resultados de este indicador por trimestre nos indican que, no se alcanzó la meta de contar con mayor asistencia de afiliados a las actividades de participación social y así lograr un 90% en la convocatoria. Analizando las posibles razones del resultado, se pudo concluir que, aunque se realizaba una invitación masiva mediante diferentes canales de comunicación por parte de las Direcciones de Sanidad y Jefatura Salud, el número de afiliados que asistían a las actividades o jornadas de participación era muy bajo comparado con la cantidad de afiliados con los que cuenta el SSFM por cada ESM. Por lo tanto, el indicador en su variable 1 (numerador) contenía un número muy bajo por la cantidad de asistentes frente a un número de convocados demasiado grande que es la variable 2 (denominador), donde siempre establecería como resultado un porcentaje de convocatoria bajo.

2.2.5.5 Indicador Funcionarios Capacitados en los canales de orientación e Información.

Tabla 34. Funcionarios Capacitados en los Canales de Orientación e Información.

Nombre del Indicador					
PA_DIGSA_FUNCIONARIOS CAPACITADOS_GRAPS - PA_DIGSA_FCD_GRAPS					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	(v1_pa_funcionarios capacitados en orientación e información_graps/v2_pa_total funcionarios que cumplen la función de orientación e información de las oficinas de atención al usuario_proaups)*100	90 % ▲ Cumplió	I SEM – 100% ●	Porcentaje
				II SEM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para este indicador se evidencia que se dio cumplimiento a las actividades de capacitación para cada funcionario que hace parte de las oficinas de atención al usuario en lo relacionado a los diferentes canales de atención, ejercicio realizado al interior de cada uno de los ESM que hacen parte de las Direcciones de Sanidad y Jefatura Salud.

2.2.6 Grupo de Contratación (GRUCO)

2.2.6.1 Indicador Numero de Procesos Contractuales Sobre Plan de Compras.

Tabla 35. Numero de Procesos Contractuales Sobre Plan de Compras.

Nombre del Indicador					
Numero de Procesos Contractuales Sobre Plan de Compras. - PA_DIGSA_NPCSPC_GRUCO					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\left(\frac{v1_pa_proceso \text{ contractuales adjudicados_procon}}{v2_pa_total \text{ procesos estructuración y sin iniciar suministrados por las direcciones de SANIDAD y JEFSA}} \right) * 100$	90%  Cumplió	I TRIM – 92.08 % 	Porcentaje
				II TRIM – 98.22 % 	
				III TRIM – 96.15% 	
				IV TRIM – 94.29% 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador se sitúa en 92.08%. Esto sugiere que se completaron o se llevaron a cabo aproximadamente el 92.08% de los procesos contractuales planificados en relación con el plan de compras durante ese período.

En el segundo trimestre (II TRIM), el indicador mejora aún más, alcanzando el 98.22%. Esto indica que casi todos los procesos contractuales planificados se llevaron a cabo de acuerdo con el plan de compras durante este trimestre.

Aunque hay una ligera disminución en el tercer trimestre (III TRIM) al 96.15%, el indicador sigue siendo alto, lo que sugiere que la gran mayoría de los procesos contractuales se ejecutaron de acuerdo con el plan de compras.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador cae ligeramente al 94.29%, pero aún indica un nivel sustancialmente alto de cumplimiento de los procesos contractuales en relación con el plan de compras.

El indicador muestra una consistencia general en el cumplimiento de los procesos contractuales en relación con el plan de compras a lo largo de los cuatro trimestres, con una ligera variación en el nivel de cumplimiento trimestralmente. Esto sugiere una gestión efectiva y una planificación adecuada en la ejecución de los procesos contractuales en línea con las necesidades y objetivos del plan de compras.

2.2.7 Indicador Número de elementos catalogados

Tabla 36. Número de elementos catalogados.

Nombre del Indicador					
Número de elementos catalogados - PA_DIGSA_NECCO_GRUCO					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_numero \text{ de elementos catalogados_procon}/v2_pa_numero \text{ de elementos a catalogar de la sanidad militar}) * 100}{100}$	100% Cumplió	I SEM – 0 % ●	Porcentaje
				II SEM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

En el primer semestre (I SEM), el indicador muestra un 0%. Esto indica que no se catalogaron elementos durante este período o que el proceso de catalogación aún no se había iniciado.

Sin embargo, en el segundo semestre (II SEM), el indicador aumenta al 100%. Esto sugiere que todos los elementos que se requerían catalogar se han catalogado completamente durante este período.

El indicador muestra un cambio significativo y positivo en el número de elementos catalogados entre el primer y el segundo semestre, pasando de ningún elemento catalogado a todos los elementos requeridos catalogados. Esto podría indicar un inicio tardío del proceso de catalogación o una rápida implementación y ejecución efectiva del proceso en el segundo semestre.

2.3 Iniciativa 3. Reingeniería del Modelo de Gerenciamiento y Administración del Sistema (Incluyendo Las Políticas y Lineamientos para la Administración del Fondo Cuenta) para Mejorar su Eficiencia

2.3.1 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

2.3.1.1 Indicador PAC

Tabla 37. Indicador PAC

Nombre del Indicador					
Indicador PAC – DGSM_INPAC_PROEFIN					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{PAC \text{ EJECUTADO TRIMESTRE}}{PAC \text{ ASIGNADO DEL TRIMESTRE}} * 100$	95% ▲ Cumplió	I TRIM – 95.75 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 98.85 % ●	
				III TRIM – 99.59 % ●	
				IV TRIM – 97.40 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

En resumen, el comportamiento general parece ser de mejora progresiva, con un rendimiento particularmente fuerte en el segundo y tercer trimestre, seguido de una ligera

disminución en el cuarto trimestre, pero aun así manteniéndose en un nivel bastante alto en comparación con el primer trimestre.

El cuarto trimestre (IV TRIM) muestra una ligera disminución en comparación con el tercer trimestre, pero sigue siendo bastante alto con un indicador del 97.40%.

2.3.1.2 Indicador Recaudo SSFM

Tabla 38. Indicador RECAUDO SSFM.

Nombre del Indicador					
Indicador RECAUDO – DIGSA_RSSFM_PROEFIN					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	(Recaudo trimestral/Presupuesto anual de ingresos)*100	22.50% ▲ Cumplió	I TRIM – 19.25 %	Porcentaje
				II TRIM – 50.08 %	
				III TRIM – 71.38 %	
				IV TRIM – 77.90 %	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del indicador de recaudo muestra una progresión notable y positiva a lo largo de los trimestres de la vigencia 2023, con un aumento constante en el recaudo trimestral, lo que sugiere una mejora en la eficacia de las estrategias de recaudo o en el desempeño general de la actividad relacionada con el recaudo.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador está en 19.25%, lo que sugiere un inicio bastante bajo en términos de recaudo.

Sin embargo, esta tendencia cambia drásticamente en el segundo trimestre (II TRIM), donde el indicador aumenta significativamente hasta alcanzar el 50.08%, lo que indica un crecimiento sustancial en el recaudo.

Esta tendencia al alza continúa en el tercer trimestre (III TRIM), con un indicador del 71.38%, lo que sugiere un crecimiento continuo y sólido en el recaudo.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador sigue aumentando hasta alcanzar el 77.90%, lo que indica un crecimiento adicional y una mejora continua en el recaudo.



2.3.1.3 Indicador porcentaje de ejecución presupuestal rubros misionales frente a la apropiación vigente de gastos de funcionamiento

Tabla 39. Porcentaje de ejecución presupuestal rubros misionales frente a la apropiación vigente de gastos de funcionamiento.

Nombre del Indicador					
Indicador porcentaje de ejecución presupuestal rubros misionales frente a la apropiación vigente de gastos de funcionamiento – DGSM_REMI_TOTAL_PROEFIN					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	(Gasto Misional Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares / Gasto Total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares) * 100	80% ▲ Cumplió	I TRIM – 56.69 %	Porcentaje
				II TRIM – 66.14%	
				III TRIM – 60.93 %	
				IV TRIM – 80.07 %	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador muestra un 56.69%. Esto sugiere que, en ese período, se ejecutó aproximadamente el 56.69% del presupuesto asignado a los rubros misionales en comparación con la apropiación total disponible para gastos de funcionamiento.

En el segundo trimestre (II TRIM), el indicador aumenta al 66.14%. Esto indica un aumento en la ejecución del presupuesto asignado a actividades misionales en relación con la apropiación vigente para gastos de funcionamiento.

Sin embargo, en el tercer trimestre (III TRIM), el indicador disminuye ligeramente al 60.93%. Esto sugiere una leve disminución en la ejecución del presupuesto asignado a los rubros misionales en relación con los gastos de funcionamiento planificados.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador aumenta significativamente al 80.07%. Esto indica un aumento sustancial en la ejecución del presupuesto asignado a las actividades misionales, lo que posiblemente pueda ser atribuido a un mayor enfoque en el cumplimiento de los objetivos misionales hacia el final del año fiscal.

2.4 Iniciativa 4. Fortalecer y Modernizar la Capacidad Tecnológica y Científica de la Red Propia de la Sanidad Militar

2.4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

2.4.1.1 Indicador Proyectos formulados y/o actualizados bajo la metodología vigente del DNP.

Tabla 40. Proyectos formulados y/o actualizados bajo la metodología vigente del DNP.

Nombre del Indicador					
Proyectos formulados y/o actualizados bajo la metodología vigente del DNP.					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	(v1_pa_proyectos actualizados_proplaes/v2_pa_formulados nuevas metodologías_proplaes)*100	100% Cumplió	I SEM – 100 %	Porcentaje
				II SEM – 100%	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en cumplimiento a las políticas emitidas por el Departamento Nacional de Planeación actualizó 3 proyectos de inversión en el marco de la Plataforma Integrada de Inversión Pública tanto para la vigencia 2023 relacionados con la ejecución de los recursos y para la vigencia 2024 se actualizó el Plan Operativo Anual de Inversión Pública.

- ✓ Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Alud, Atención al Usuario y Participación Social en los Establecimientos de Sanidad Militar.
- ✓ Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud del Hospital Naval de Cartagena.
- ✓ Formulación diseño e implementación del Sistema de Información del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

2.4.1.2 Indicador Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión SALUD.SIS

Tabla 41. Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión SALUD.SIS

Nombre del Indicador					
Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión SALUD.SIS - PA_DIGSA_PEPISIS_ARDEI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	$\frac{(v1_pa_compromisos_realizados_proplaes/v2_pa_total_recursos_asignados_para_los_proyectos_de_inversión_proplaes)*100}{}$	18 % ▲ Cumplió	I TRIM – 16.23 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 52.56 % ●	
				III TRIM – 72.29% ●	
				IV TRIM – 98.23% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del proyecto de inversión "Salud.SIS" muestra una mejora gradual pero notable a lo largo de los trimestres, con un crecimiento significativo en su desempeño y un aumento constante en su eficacia. Este crecimiento sostenido sugiere una gestión eficiente del proyecto y una buena ejecución de las estrategias planificadas que permitieron adquirir 215 equipos de cómputo, dar inicio al cambio de la infraestructura tecnológica en la cual se aloja la plataforma tecnológica y el desarrollo de nuevas funcionalidades que permitirán la mejora de los módulos denominados Costos, auditoria, autorizaciones, gestión farmacéutica y portafolio.



2.4.1.3 Indicador Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión Hospital Naval de Cartagena.

Tabla 42. Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión Hospital Naval de Cartagena.

Nombre del Indicador					
Porcentaje de Ejecución Proyecto de Inversión Hospital Naval de Cartagena. - PA_DIGSA_PEPHONAC_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(V1_PA_Compromisos\ realizados\ HONAC_ARDEI/V2_PA_total\ recursos\ asignados\ para\ los\ proyectos\ de\ inversión\ HONAC_ARDEI)*100}{100}$	100%  Cumplió	I TRIM – 0 % 	Porcentaje
				II TRIM – 0 % 	
				III TRIM – 42.68% 	
				IV TRIM – 100% 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento de indicador del proyecto de inversión "Hospital Naval de Cartagena" mostró un inicio lento en los primeros dos trimestres, pero experimentó un crecimiento significativo y alcanzó su máximo potencial hacia el final del período de cuatro trimestres, culminando en un indicador del 100% en el último trimestre. Esto sugiere que, a pesar de los desafíos iniciales, el proyecto logró avanzar y cumplir con sus objetivos clave en última instancia mediante el Mantenimiento a la Infraestructura del área de hospitalización – Gastroenterología – recuperación sistema eléctrico.

2.4.1.4 Indicador Porcentaje de ejecución proyecto de inversión ESM. 2023

Tabla 43. Porcentaje de ejecución proyecto de inversión ESM.

Nombre del Indicador					
Porcentaje de ejecución proyecto de inversión ESM. - PA_DIGSA_PEPHESM_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Efectividad	$\frac{(V1_PA_Compromisos\ realizados\ ESM_ARDEI/V2_PA_Total\ recursos\ asignados\ para\ los\ proyectos\ de\ inversión_ARDEI)*100}{100}$	98 %  Alerta	I TRIM – 0.40 % 	Porcentaje
				II TRIM – 8.98 % 	
				III TRIM – 46.20 % 	
				IV TRIM – 98.75 % 	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del proyecto de los establecimientos de sanidad militar mostró una mejora gradual pero consistente a lo largo de los trimestres, con un crecimiento progresivo en su desempeño y una ejecución efectiva de sus actividades. Este aumento en el rendimiento sugiere una gestión eficiente del proyecto y un avance constante hacia sus objetivos adquiriendo 8 vehículos asistenciales, 28 ambulancias el mantenimiento de la infraestructura de 30 Establecimientos de Sanidad Militar y la adquisición en promedio de 483 equipos distribuidos a nivel Nacional.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el proyecto mostró un impresionante indicador del 98.75%, lo que indica un progreso casi completo o un rendimiento muy alto cerca del final del período por la adquisición de los entregables relacionados con los mantenimientos

de los Establecimientos a Nivel Nacional, así como la recepción de equipos biomédicos y vehículos asistenciales.

2.4.1.5 Indicador Porcentaje de ejecución de los recursos de inversión.2023

Tabla 44. Indicador Porcentaje de ejecución de los recursos de inversión.

Nombre del Indicador					
Indicador Porcentaje de ejecución de los recursos de inversión. - PA_DIGSA_SEREJEINV_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(\text{INVERSION EJECUTA DGSM} / \text{INVERSION ASGINADA DGSM}) * 100$	25.45 % ▲ Cumplió	I TRIM – 6.57 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 25.45 % ●	
				III TRIM – 50.44 % ●	
				IV TRIM – 98.75 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

En resumen, el comportamiento del indicador de porcentaje de ejecución de los recursos de inversión muestra una mejora constante a lo largo de los trimestres, con un progreso significativo y una ejecución cada vez más completa de los recursos de inversión planificados. Esto indica una gestión eficiente de los recursos y un enfoque efectivo en la implementación y ejecución de los recursos programados durante la vigencia y de conformidad a las actividades de la cadena de valor de los proyectos de inversión.

2.5 Iniciativa 5. Desarrollar el estudio y reestructuración de la planta de personal de sanidad militar.

2.5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

2.5.1.1 Indicador Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de integridad, Transparencia y lucha Contra la Corrupción.

Tabla 45. Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de integridad, Transparencia y lucha Contra la Corrupción.

Nombre del indicador					
Porcentaje trabajadores certificados curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción. - PA_DIGSA_PTDIGSACC_PROTH					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	$(\text{v1_pa_total certificados} / \text{v2_pa_total trabajadores DIGSA (planta-contrato)}) * 100$	65% ▲	I SEM – 95.16 % ●	Porcentaje
				II SEM – 97.78 % ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El indicador del porcentaje de trabajadores certificados en el curso de integridad permite evidenciar el cumplimiento a la meta de obtener un porcentaje superior al 65% de los trabajadores certificados (Planta y Contratistas DIGSA), en el primer semestre se alcanzó la certificación en el curso del 95.16% y en el segundo semestre, el 97,78% de los

En el proceso de solicitud y seguimiento de la certificación en el curso de Integridad, se evidenció el trabajo en equipo del personal de la Dirección General de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Ejército Nacional, Dirección de Sanidad Naval y la Jefatura Salud Fuerza Aérea, lo que permite un mejoramiento continuo en el Subsistema de las Fuerzas Militares en el desarrollo de la Política de Integridad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – Dimensión 1 Talento Humano. Además, es importante mantener el seguimiento de este indicador para garantizar que se mantenga el alto nivel de certificación en el futuro.

2.5.1.2 Indicador Porcentaje Cobertura de la encuesta del cumplimiento de los valores y principios del servicio público.

Tabla 46. Porcentaje Cobertura de la encuesta del cumplimiento de los valores y principios del servicio público.

Nombre del Indicador					
Porcentaje Cobertura de la encuesta del cumplimiento de los valores y principios del servicio público. - PA_DIGSA_CECVPSP_PROTH					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_total \text{ de } trabajadores \text{ encuestados_gruth} / v2_pa_total \text{ trabajadores DIGSA}) * 100}{}$	50% ▲ Cumplió	I SEM – 55.92% ● II SEM – 59.80% ●	Porcentaje

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para la medición de la percepción de Integridad, se implementó una encuesta test adoptada del Departamento Administrativo de Función Pública (DAFP) que evaluaba seis criterios: el Código de Integridad y los cinco valores del servicio público, para el proceso de tabulación de los datos, se implementó el Excel diseñado por el Departamento Administrativo de Función Pública, denominado formato análisis encuesta. Se dio cumplimiento a la meta de obtener cifras superiores al 50% en la participación de personal de planta y contratistas de la DIGSA nivel central, en la encuesta sobre los valores del Servicio Público, se consiguió la participación del 52% en el primer semestre del año 2023 y se alcanzó una participación del 59% en el segundo semestre 2023.

De acuerdo con los resultados, de los seis indicadores de la encuesta, cinco se ubicaron en el nivel 5, máximo nivel dentro de la escala, obteniendo valores entre: 81% y 100%, lo que significa, que los participantes de la DIGSA nivel central, presentan un pensamiento e intención de actuar con valores, legitimidad y eficiencia, reflejando el compromiso y orgullo de servirle al país, factor importante para mejorar la confianza de los ciudadanos en el Estado y en sus servicios.



2.5.1.3 Indicador Porcentaje Cumplimiento de las estrategias adoptadas para el manejo del talento humano.

Tabla 47. Porcentaje Cumplimiento de las estrategias adoptadas para el manejo del talento humano.

Nombre del Indicador					
Porcentaje Cumplimiento de las estrategias adoptadas para el manejo del talento humano. - PA_DIGSA_PCEAMTH_PROTH					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_número \text{ de actividades ejecutadas de la política de integridad_gruth} / v2_pa_número \text{ total de actividades programadas de la política de integridad_gruth}) * 100$	100% ▶ Cumplió	I TRIM – 100% ●	Porcentaje
				II TRIM – 100% ●	
				III TRIM – 100% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

En los cuatro trimestres de la vigencia 2023, se realizaron todas las actividades planeadas en las estrategias para la ejecución de actividades del Código de Integridad y la aplicabilidad de mecanismos de prevención de posibles casos de corrupción de los colaboradores de la DIGSA, así mismo, se llevaron a cabo actividades para la difusión, apropiación y seguimiento de la implementación de la Política de Integridad en la DIGSA, en este orden de ideas el Plan de Gestión de Integridad contó con una eficacia del 100% en los 4 trimestres.

2.5.1.4 Indicador Cumplimiento del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Tabla 48. Cumplimiento del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Nombre del Indicador					
Cumplimiento del Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. PA_DIGSA_CPTASGSST_GRUTH					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Cuatrimestral	Eficacia	$(v1_pa_actividades \text{ ejecutadas del plan de trabajo anual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo_proth} / v2_pa_actividades \text{ programadas en el plan de trabajo anual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo_proth}) * 100$	85% ▲ Cumplió	I CUATRIM – 88.24 % ●	Porcentaje
				II CUATRIM – 86.6 % ●	
				III CUATRIM – 76.67% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

De acuerdo con el seguimiento que realiza el área de Seguridad y Salud en el Trabajo DIGSA al cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de Trabajo anual SG-SST y con la información reportada por las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud se obtuvo cumplimiento promedio nacional del 93% en el desarrollo de las actividades durante la vigencia 2023; los aspectos relevantes y específicos identificados en la revisión de los informes periódicos emitidos por las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud, se encuentran en los informes presentados al Director General.

En el segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia 2023 se realizaron visitas de inspección y acompañamiento presencial a los ESM ubicados en Bogotá y de forma virtual a ESM en otras ciudades, durante las inspecciones se verificó el cumplimiento de los estándares determinados en la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo y del Plan de Trabajo Anual DIGSA - SG-SST DIGSA, con alcance a veinticuatro (24) Establecimientos de Sanidad Militar a nivel nacional (13 en el II cuatrimestre y 11 para el III cuatrimestre).

La iniciativa pretende identificar las desviaciones del sistema y proponer acciones de mejora para la vigencia 2024, en cumplimiento al principio de mejora continua del SG-SST, estrategia que surge desde la administración en el nivel central que ha identificado en informes de periodos anteriores que verificar el cumplimiento de las actividades se limita al aporte de documentación sin revisar cada estándar y del cumplimiento de su objetivo como establece la norma nacional.

2.5.1.5 Indicador Levantamiento de Cargas Laborales del Personal Asistencial (SMSM, TS, AS) Nivel CENTRAL, DISAN, JEFSa, ESM.

Tabla 49. Levantamiento de Cargas Laborales del Personal Asistencial (SMSM, TS, AS) Nivel CENTRAL, DISAN, JEFSa, ESM.

Nombre del Indicador					
Levantamiento de Cargas Laborales del Personal Asistencial (SMSM, TS, AS) Nivel CENTRAL, DISAN, JEFSa, ESM.					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Anual	Eficacia	$\frac{(v1_pa_total \text{ cargas de trabajo levantadas_gruth}/v2_pa_total \text{ cargas de trabajo_proth}) * 100}{1}$	100%	48.70% ● ▼ Alerta	Porcentaje

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El indicador llego al 48.7 % en razón de detenerse el proceso de encuesta de cargas laborales en la metodología habitual, que evalúa únicamente las actividades del personal de planta, sin relacionar el total de los productos generados.

Se establece a través del Plan Estratégico Institucional 2023-2026, un proyecto de encuesta total a los productos y si incidencia en los servicios del SSFM, en relación de identificar los tiempos que se generan en todos y desde ahí lograr establecer la estructura real necesaria y certificable.



2.6 Iniciativa 6. Desarrollar e Implementar un Sistema de Información en Salud Funcional, Acorde con las Necesidades de cada Subsistema de Salud, con la Modernización de las Plataformas Tecnológicas Actuales para una Óptima Administración y Gerenciamiento del Sistema.

2.6.1 Grupo Sistema Integral de Información – Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. (SISAM)

2.6.1.1 Indicador Disponibilidad del Sistema Integral de Información en Salud

Tabla 50. Disponibilidad del sistema integral de información en Salud.

Nombre del Indicador					
Disponibilidad del sistema integral de información en salud. - PA_DIGSA_DSIS_PROGTIC					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(V1_PA_Horas \text{ en productivo del Sistema de información_SISAM} / V2_PA_Total \text{ horas efectivas trimestre}) * 100$	98% ▶ Cumplió	I TRIM – 100 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 100 % ●	
				III TRIM – 99.95% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del indicador muestra una disponibilidad excepcionalmente alta y estable del sistema integral de información en salud a lo largo de los trimestres, con solo una leve variación en el tercer trimestre, pero manteniéndose en general en niveles óptimos de funcionamiento sin fallos significativos. Esto sugiere una sólida infraestructura de tecnología de la información y un eficiente mantenimiento del sistema.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador vuelve a alcanzar el 100%, lo que indica que el sistema estuvo completamente disponible y operativo, sin interrupciones importantes.

2.6.1.2 Indicador Mejora continua de los sistemas de información

Tabla 51. Mejora continua de los sistemas de información

Nombre del Indicador					
Mejora continua de los sistemas de información. - PA_DIGSA_MCSI_PROGTIC					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_requerimientos \text{ solucionados_sisam} / v2_pa_total \text{ requerimientos_sisam}) * 100$	95% ▲ Cumplió	I TRIM – 61.54 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 100 % ●	
				III TRIM – 93.66% ●	
				IV TRIM – 98.92% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del indicador muestra un progreso consistente y positivo en la mejora continua de los sistemas de información a lo largo de los trimestres, con un nivel de

cumplimiento alto o casi perfecto en la mayoría de los períodos. Esto sugiere un compromiso con la innovación y la optimización en la gestión de la información dentro de la organización.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador se encuentra en 61.54%. Esto sugiere que, al inicio del período analizado, el proceso de mejora continua de los sistemas de información estaba progresando, pero aún quedaba margen para mejorar.

En el segundo trimestre (II TRIM), el indicador aumenta al 100%. Esto indica que durante este trimestre se logró una mejora completa en los sistemas de información, alcanzando el máximo nivel de cumplimiento o rendimiento esperado.

A pesar de una ligera disminución en el tercer trimestre (III TRIM) al 93.66%, el indicador sigue siendo bastante alto, lo que sugiere que se mantuvo un nivel significativo de mejora en los sistemas de información.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador aumenta nuevamente al 98.92%, mostrando una mejora adicional y cercana a la perfección en los sistemas de información.

2.6.1.3 Sensibilización del personal administrativo y asistencial de las DISAN, JEFSa, y ESM sobre el uso de la herramienta.

Tabla 52. Sensibilización del personal administrativo y asistencial de las DISAN, JEFSa, y ESM sobre el uso de la herramienta.

Nombre del Indicador					
Sensibilización del personal administrativo y asistencial de las DISAN, JEFSa, y ESM sobre el uso de la herramienta. - PA_DIGSA_SPAA_SISAM					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$\frac{(v1_pa_total \text{ de jornadas realizadas_progtic} / v2_pa_total \text{ de jornadas programadas_progtic}) * 100}{100\%}$	100%  Cumplió	I TRIM – 100 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 100 % ●	
				III TRIM – 100% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento durante la vigencia 2023

Durante la vigencia 2023 se programaron 21 capacitaciones en usabilidad y actualización de la herramienta SALUD.SIS en sus componentes básicos para su correcta funcionalidad en administración (actualización de roles, depuración, asignación de roles y permisos), administración de infraestructura (creación, edición y actualización de consultorios de acuerdo a infraestructura física de los establecimiento de sanidad militar capacitados y lineamiento de la DIGSA; parametrización Administración personal de salud donde se realiza actualización del personal que presta servicios asistenciales en el ESM, actualización y parametrización del módulo de portafolio de acuerdo a capacidad instalada del ESM, horarios de atención y cups prestados para una adecuada funcionalidad dentro de la historia clínica y el proceso de referencia y contrarreferencias, parametrización del módulo de agendamiento dando cumplimiento a los lineamientos de la DIGSA creación, edición, inactivación o activación de agendas.

Capacitación a personal asistencial en el manejo de la historia clínica en las especialidades de medicina general, RIAS medicina general, en sus grupos de servicios urgencias,

consulta externa, hospitalización, RIAS por enfermería consulta externa, enfermería urgencias, hospitalización, y demás especialidades médicas.

Estas capacitaciones fueron realizadas en su mayoría presencialmente para garantizar el 100% de la herramienta SALUD.SIS.

2.6.1.4 Porcentaje de usabilidad de las funcionalidades del sistema SALUS.SIS

Tabla 53. Porcentaje de usabilidad de las funcionalidades del sistema SALUS.SIS

Nombre del Indicador					
Porcentaje de usabilidad de las funcionalidades del sistema SALUS.SIS. - PA_DIGSA_PUFSSIS_SISAM					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_esm \text{ implementados que hacen uso de salud.sis}/v2_pa_esm \text{ implemetados}) * 100$	100% Cumplió	I TRIM – 94.16 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 100 % ●	
				III TRIM – 100% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Una vez analizado el comportamiento de los indicadores de usabilidad, se puede determinar que SALUD.SIS es el software con mayor uso por parte de los funcionarios del SSFM en cada una de las modalidades de vinculación; se precisa importante resaltar que ha media que la plataforma evoluciona, esta presenta mayor tráfico de usuarios, así mismo, es pertinente resaltar que las estrategias trazadas a partir de la capacitación, recapitación y la atención a través de la mesa de ayuda de las solicitudes de los usuarios, incrementa y mejora la experiencia de navegación y acceso , mejoran exponencialmente la buenas practicas entre el prestador y los pacientes.

2.6.2 Grupo Gestión de la Información. (GRUGI)

2.6.2.1 Indicador Informe Resultados del PETI

Tabla 54. Informe Resultados del PETI

Nombre del Indicador					
Informe Resultados del PETI. - PA_DIGSA_IRPETI_GRUGI					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficacia	$(v1_pa_total \text{ cumplimiento de indicadores_progi}/v2_pa_total \text{ de indicadores determinados en el peti}) * 100$	25% Cumplió	I TRIM – 100 % ●	Porcentaje
				II TRIM – 75 % ●	
				III TRIM – 100% ●	
				IV TRIM – 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

El comportamiento del indicador muestra que el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información ha sido generalmente exitoso y ha logrado cumplir con sus objetivos a lo largo del año, a pesar de un ligero descenso en el segundo trimestre. La rápida recuperación y

el rendimiento consistente en los trimestres posteriores sugieren una capacidad de adaptación y una gestión efectiva del plan estratégico.

En el primer trimestre (I TRIM), el indicador alcanza el 100%. Esto sugiere que, al inicio del período analizado, el Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información se implementó o se cumplió en su totalidad.

En el segundo trimestre (II TRIM), el indicador disminuye al 75%. Esta disminución podría indicar un período de desafíos o dificultades en la implementación del plan estratégico, lo que resultó en un rendimiento inferior al 100%.

Sin embargo, en el tercer trimestre (III TRIM), el indicador vuelve a alcanzar el 100%, lo que sugiere que se realizaron ajustes o mejoras para recuperar el rendimiento completo del plan estratégico.

Finalmente, en el cuarto trimestre (IV TRIM), el indicador permanece en el 100%, lo que indica una estabilidad y consistencia en la implementación del plan estratégico de las Tecnologías de la Información.

2.7 Iniciativa 7. Diseñar, Implementar y Desarrollar el Sistema de Costos y la Estructuración del Estudio Técnico de Suficiencia de Recursos en cada Subsistema de Salud.

2.7.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE).

2.7.1.1 Indicador Informe de los RIPS del HOMIC 2023

Tabla 55. Informe de los RIPS del HOMIC

Nombre del Indicador					
Informe de los RIPS del HOMIC - PA_DIGSA_IRH_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficiencia	$\left(\frac{v1_pa_numero \text{ de informes entregados } rh_proplaes}{v2_pa_total \text{ informes a entregar en la vigencia } rh_proplaes} \right) * 100$	25% ▲ Cumplió	I TRIM - 25% ●	Porcentaje
				II TRIM - 50% ●	
				III TRIM - 75% ●	
				IV TRIM - 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para la vigencia 2023, se evidencio la eficiencia en el reporte de la información por parte de HOMIL, obteniendo que el 99.5% del gasto se pudo soportar efectivamente por medio de los RIPS de HOMIL. En cuanto a la concentración del gasto, los procedimientos contenidos en el archivo (AP) representaron el 44.9% del valor facturado en RIPS, seguido por otros servicios (AT) con un 32.8%. En tercer lugar, el archivo de medicamentos (AM) con un 16.9% del total facturado, finalmente, las consultas (AC) contribuyeron con 5.4% del total facturado durante 2023.

2.7.1.2 Indicador Informe de los RIPS de la RED INTERNA

Tabla 56. Informe de los RIPS de la RED INTERNA.

Nombre del Indicador					
Informe de los RIPS de la RED INTERNA - PA_DIGSA_IRI_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Trimestral	Eficiencia	$(v1_pa - \text{número de informes entregados ri_proplaes} / v2_pa_total \text{ de informe a entregar de la vigencia ri_arcy}) * 100$	25% ▲ Cumplió	I TRIM - 25% ●	Porcentaje
				II TRIM - 50% ●	
				III TRIM - 75% ●	
				IV TRIM - 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Durante la vigencia 2023 se realizaron 3.606.487 consultas, 4.426.953 procedimientos, se atendieron 346.653 urgencias y 2.822 hospitalizaciones en la red interna. La región andina es la que concentra un mayor número de atenciones en consultas, procedimientos y urgencias, mientras que en hospitalización la región caribe concentra el mayor número de atenciones. Se destaca que DISAN EJC para la vigencia 2023 realizó un monitoreo en la calidad del dato, lo que fomenta una mejora en la calidad de la información que se reporta desde su fuente de origen.

2.7.1.3 Indicador Informe de los RIPS de la RED CONTRATADA

Tabla 57. Informe de los RIPS de la RED CONTRATADA.

Nombre del Indicador					
Informe de los RIPS de la RED CONTRATADA - PA_DIGSA_IRC_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficiencia	$(v1_pa - \text{número de informes entregados ri_proplaes} / v2_pa_total \text{ de informe a entregar de la vigencia ri_arcy}) * 100$	25% ▲ Cumplió	I SEM - 50% ●	Porcentaje
				II SEM - 100% ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Respecto a la red contratada, se analizó la información de las prestaciones de la vigencia 2022, las cuales fueron entregadas durante 2023. En el análisis de la red contratada se observó que el gasto soportado en RIPS se concentra en el archivo de procedimientos “AP” en un 49.4%, seguido de Otros servicios con un 28%, medicamentos con un 13.5 % y consultas con un 9%.

2.7.1.4 Indicador Cambio Porcentual del Gasto de la Vigencia Actual con Respecto a la Vigencia Anterior.

Tabla 58. Cambio Porcentual del Gasto de la Vigencia Actual con Respecto a la Vigencia Anterior.

Nombre del Indicador					
Cambio Porcentual del Gasto de la Vigencia Actual con Respecto a la Vigencia Anterior - PA_DIGSA_IRC_PROPLAES					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Anual	Eficiencia	$(v1_pa_total \text{ gasto en salud vigencia actual_arcy} / v2_pa_total \text{ gasto en salud vigencia anterior_proplaes}) * 100$	100% ▲	100% ●	Porcentaje

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

2.7.1.5 Indicador Avance Ejecución por Fases.

Tabla 59. Avance Ejecución por Fases.

Nombre del Indicador					
Avance Ejecución por Fases - PA_DIGSA_AVANCE EJECUCIÓN POR FASES_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	(v1_pa_funcionalidades en uso_proplaes/v2_pa_total funcionalidad del módulo cec_proplaes)*100	100% ▲ Alerta	I SEM – N/D ●	Porcentaje
				II SEM – N/D ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para la fecha final de medición del indicador 22/dic/2023 no se recibió ningún entregable del contrato Fábrica de Software en el ambiente productivo de Salud.sis, por lo cual no se contó con el 50% de las funcionalidades del Módulo CEC de SALUD.SIS.

2.7.1.6 Indicador Ejecución de la prueba integral del módulo CEC.

Tabla 60. Ejecución de la prueba integral del módulo CEC.

Nombre del Indicador					
Ejecución de la prueba integral del módulo CEC - PA_DIGSA_EPIMCEC_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Semestral	Eficacia	(v1_pa_escenarios de prueba con resultado satisfactorio_proplaes/v2_pa_total escenarios probados_proplaes)*100	% Alerta	I SEM – N/D ●	Porcentaje
				II SEM – N/D ●	

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.

Analisis del comportamiento

Para la fecha final de medición del indicador 22/dic/2023 no se recibió ningún desarrollo para pruebas en el ambiente de SALUD.SIS del por parte del contrato Fábrica de Software. No se obtuvo el 50% de los escenarios relacionados en las Historias de usuario para realizar la Prueba integral.

2.7.1.7 Indicador Hoja de ruta planeada, aprobada y oficializada.

Tabla 61. Hoja de ruta planeada, aprobada y oficializada.

Nombre del Indicador					
Hoja de ruta planeada, aprobada y oficializada - PA_DIGSA_HRPAO_ARCYE					
Periodicidad	Tipo	Formula	Meta	Estado del Indicador	Unidad de medida
Anual	Eficiencia	(v1_pa_numero de actividades desarrolladas_proplaes/v2_pa_numero de actividades planteadas_proplaes)*100	100% ▲ Alerta	2.96% ●	Porcentaje

Fuente: Plataforma Suite Visión Empresarial.