



EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2022

Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro

Luis Carlos Mejía Quiceno

Gerente 2020-2024

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL	6
INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2022	7
1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR	7
INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	7
INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	7
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	8
2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	10
INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	10
INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	11
INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	11
INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS	12
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	12
INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	12
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	13
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	13

3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL_____	15
INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES._____	15
INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA__	15
INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA ____	16
INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL_____	16
INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) _	16
INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA_____	17
INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA_____	17
INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA _____	17
INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA_____	18
ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS_____	18
MATRIZ DE CALIFICACIÓN_____	20

MIEMBROS DE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA**RODRIGO HERNÁNDEZ ÁLZATE****Acalde y Presidente****FELIPE PUERTA JARAMILLO****Secretario de Salud****JOHN JAIRO RIVERA TAMAYO****Representante del Gremio Productivo****ANA CECILIA ORTIZ ZAPATA****Representante del Gremio Productivo****SERGIO ANDRÉS RÍOS NOREÑA****Representante Profesionales de la Salud****MATEO DE JESÚS QUINTERO****Representante de la Comunidad****JOHN FREDY RESTREPO PINEDA****Representante del Estamento Científico****EDINSSON JARAMILLO JARAMILLO****Representante del Estamento Científico**

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro es una institución de segundo nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud y cabeza de red de 23 municipios del oriente antioqueño. En el 2017, el 15 de septiembre entra en funcionamiento la Sede Gilberto Mejía Mejía donde se prestan servicios de primer nivel de complejidad.

El compromiso de la gerencia fue obtener resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social; apoyar la definición, articulación y priorización de los objetivos, con el fin de plantear de forma explícita la estrategia de la institución e implementar indicadores de evaluación de desempeño de conformidad con la normativa vigente y en el marco de los principios, políticas y directrices del actual Sistema General de Seguridad Social y la Política Nacional de prestación de servicios con accesibilidad, eficiencia y calidad..

Este informe de evaluación de Plan de Gestión enuncia las acciones generales que la Gerencia implemento para alcanzar las metas, articuladas al Plan de Desarrollo y el plan de acción para la vigencia en los que se definen en forma detallada cada una de las acciones, dentro de la línea estratégica que corresponda.

Según lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013 que establece que para la ESE solo aplicaran los indicadores que le correspondan según su nivel de atención, independientemente de que tenga servicios habilitados de diferentes niveles de complejidad.

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 se presenta la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2022, teniendo en cuenta las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, presentándolos de una forma cuantitativa mediante el reporte de los resultados obtenidos en los indicadores de gestión y cualitativa mediante la descripción de los logros alcanzados, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2022.

INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUA
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%
Asistencial o Clínicos 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	5%
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	5%
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5%
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3%
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	2%

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2022

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1.1	1.1
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Documento de las autoevaluaciones de las vigencia evaluada (Anexo 2) y vigencia anterior (Anexo 3) (Anexo 1)	$2.1 / 1.9 = 1.1$	1	

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	0.94	0.93
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 4)	$28 / 30 = 0.93$	5	

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0.90	0.91
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del responsable de planeación de la ESE que debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (si/no) y el cálculo del indicador (Anexo 5)	$176 / 192 \times 100 = 91.6\%$	5	

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Formulación del plan de desarrollo institucional para el cuatrienio, del plan de acción general y por áreas, articulado con el plan de gestión de gerencia y los requerimientos del Modelo integrado de planeación y gestión.

- El plan de desarrollo fue construido de forma participativa con todos los líderes de los procesos acorde con los proyectos institucionales y los objetivos estratégicos como directrices oficiales de gerencia, su seguimiento se realizó de forma semestral con cada uno de los responsables.
- Se integraron las diferentes actividades requeridas por los diferentes comités o planes de mejora como parte del plan de acción en cumplimiento con el Modelo integral de planeación y gestión, además de las diferentes áreas que integran cada uno de los procesos con el fin de involucrar a todos los niveles.
- Se evaluó el cumplimiento del plan operativo anual 2022 por cada línea estratégica y por programas de forma semestral
- Se realizaron adecuaciones de infraestructura necesarias para mejorar el ambiente e imagen frente a los usuarios, de igual forma para el cumplimiento los requisitos de habilitación y la eficiencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud.
- Se realizaron esfuerzos económicos para que el hospital adquiriera tecnología y equipos que le permiten competir en el mercado a nivel municipal y regional con el fin de aumentar la venta y prestación de servicios de salud.

Implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento

- Se capacitó sistemáticamente a todos los colaboradores en la Resolución 5095 de 2018 metodología de autoevaluación, priorización y selección de procesos, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 del mismo año.
- Se conformó el equipo de autoevaluación según los estándares de acreditación y la disponibilidad del personal, se realizó la capacitación del grupo y se guió en la metodología de implementación en cada una de las etapas.
- Se realizó un cronograma para la aplicación de la autoevaluación.
- Se realizó el reporte oportuno de la información requerida en la Circular 012 de 2016.
- Durante el ciclo PAMEC del año 2022, se identificaron diferentes oportunidades de mejora por cada estándar en el proceso de autoevaluación que fue realizado en la primera etapa de la ruta crítica tomando como base los 160 estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario; de estos estándares se priorizaron 5, de los cuales surgieron 30 acciones de mejora.
- Se hizo seguimiento periódico y sistemático a los planes de mejoramiento.
- Se actualizó la calificación cualitativa mediante la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
- Se documentó el Aprendizaje organizacional y se presentó a los directivos y líderes de procesos.

Fortalecimiento del Sistema de Información Institucional

- Se actualizó un cuadro de mando de indicadores de gestión y de seguimiento institucional.
- Se realizaron los reportes de los indicadores en la plataforma establecida de forma oportuna.
- Se implementó una herramienta de seguimiento periódico de los reportes institucionales.

Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión.

- Se estructuró el cronograma de auditorías de calidad para cada año de acuerdo al quinto paso de la ruta del PAMEC, formular los planes de mejoramiento y verificar la ejecución y el seguimiento.
- Se fortaleció el grupo de auditores en las diferentes áreas para realizar verificaciones permanentes en cada proceso frente a seguridad del paciente y el seguimiento al desarrollo de acciones de mejora.
- Se establecieron responsables de cada estándar priorizado para proporcionar la información de la medición para el seguimiento.
- Se articularon los planes de mejora con los diferentes planes institucionales para garantizar un mejoramiento consistente.

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	RIESGO BAJO	SIN RIESGO
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizados en Riesgo medio o alto (Anexo 6)	No aplica	NA	

La ultima categorización del riesgo realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social fue para la vigencia 2019 y se ha formalizado mediante la Resoluciones 1342 de 2019, quedando el hospital en categoría SIN RIESGO. La categorización del riesgo fue suspendida por el Artículo 6 de la Resolución 856 “hasta el término de la emergencia sanitaria”, la cual estuvo vigente hasta el 30 de junio de 2022, es decir que para la vigencia 2022 este indicador no aplica, por lo cual se tiene en cuenta el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013, el cual establece que:

"Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

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

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

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,9	1.0	1.06
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	$21.016,59 / 19.669,89 = 1.06$	1	

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de ESE. (c) Compras a través de mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	$\geq 0,7$	0.81	0.91
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, debe contener el 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra, 2. Valor por otros mecanismos, 3. Valor total de adquisiciones y 4. Aplicación de la formula (Anexo 7)	$9.037.687.575 / 9.879.731.637 = 0.91$	5	

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
[(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]	Cero (0) o variación negativa	Variación interanual negativa	Variación interanual positiva
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el caculo del indicador (Anexo 8)	$2.775.618.877 - 364.079.188 = 2.411.539.689$	0	

INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto d evaluación.	4	4	4
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces que contenga fecha de informes presentados, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó, 2) Actas de Junta Directiva (Anexo 9)	4	5	

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.	≥1	0.95	0.86
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	0.86	1	

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte no oportuno	Reporte no oportuno
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 4)	NA	0	

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Reporte oportuno
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 10)	NA	5	

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- El año 2022 se caracterizó por afectaciones importantes a nuestras finanzas debido a la cartera que se tiene con las instituciones públicas y privadas, donde fue determinante el hecho de las intervenciones realizadas a varias EPS con quienes contrata el Hospital, tales como Savia Salud, Ecoopsos que por su condición se hace mucho más difícil la transferencia de recursos, toda vez que las autorizaciones de pagos son en diferentes instancias, hasta que Adres gira.
- Esto representa una baja significativa de ingresos, que permite el funcionamiento mínimo del Hospital, pero no le facilita posibilidades de inversiones importantes como se venían realizando y que son necesarias para poder ser competitivos en estos momentos de tanta incertidumbre.
- El Hospital, de todas maneras, ha propendido porque su proceso financiero y contable se fortalezca, sustentado en cumplimiento de las normas aplicables y en la generación de información financiera y presupuestal válida, oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones.
- Se realizaron los ajustes pertinentes a la información contable y financiera la cual se mantiene actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales. Se implementa la contabilidad bajo NIIF.
- Se realizaron los reportes de información a los entes de control
- Se propendió durante la vigencia por garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los recursos frente a los pagos generados, pero fue difícil por cuanto los acreedores no pagaron lo debido. Es importante resaltar que el hospital no puede apalancar financieramente gastos de otras instituciones y en este sentido espera que los pagos fluyan tal y como son pactados en los contratos suscritos. En este tema hay que avanzar más para que las finanzas de la institución no se afecten por razones externas que no corresponden a sus obligaciones.
- Se realizan programaciones de pagos a fin de mantener unas cuentas por pagar saneadas. Se controlan los egresos y la racionalización del gasto a fin de que con recursos propios se logra mantener un buen funcionamiento. Se continua con la gestión administrativa y financiera que propenda por el equilibrio entre los gastos comprometidos

y los ingresos recaudados, con austeridad en el gasto y una gestión de cartera eficiente para aumentar los recaudos.

- Se optimizó el uso de los recursos aplicados para la producción de servicios.
- Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.
- Se verifica permanentemente la rentabilidad de los servicios a fin de establecer posibles causas de bajas rentabilidades y de esta manera se controlan los gastos y costos de cada uno de ellos. En la contratación del recurso humano se tiene en cuenta que la actividad a desarrollar está ligada con un proyecto nuevo o un proceso en mejoramiento.
- Se vienen implementando mecanismos tendientes a generar mayor número de citas, atención a la mayor cantidad de pacientes y facturación en el menor tiempo posible a fin de disminuir carteras y recaudar mayores ingresos corrientes.
- Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de la ESE con el personal de Planta y con los Contratistas, mejorando el flujo de recursos y la recuperación de la cartera
- La cartera se mantiene en la medida de lo posible conciliada con las diferentes EPS.
- Se fortalecieron las relaciones con las EPS, para mejorar el flujo de recursos.
- Se gestionó de forma eficiente las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.
- Se actualizó y depuro la cartera actual.
- Mantener el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados.
- Se realizó la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo
- Se controlan los gastos y se realiza programación de pagos de manera mensual a fin de mantener saneadas estas cuentas por pagar
- Optimizar el proceso de facturación.
- Se busca llegar a facturar al día en la mayoría de los casos.
- La radicación también mejoró con el ánimo de tener la totalidad de las facturas en manos de las EPS, para facilitar la gestión de glosas y devoluciones.

3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	0.98	0.93
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 11)	$100 / 107 \times 100 = 93.4\%$	5	

INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	0.90	0.95
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 12)	$160 / 167 \times 100 = 95.8\%$	5	

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	0.90	0.90
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 13)	$239 / 264 \times 100 = 90.5\%$	5	

INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0), ó variación negativa	0	0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 14)	0	5	

INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0.95	1

Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación
Informe del Comité de historias Clínicas que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador. (Anexo 15)	$22 / 224 \times 100 = 100\%$	5

INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	1.0	1.0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga el análisis de cada una de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 16)	$87 / 87 \times 100 = 100\%$	5	

INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	2.9	4.2
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	$1659 / 395 = 4.2$	5	

INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	3.5	4.91
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	$1090 / 222 = 4.91$	5	

INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2022
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	2	1.1618
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	$3551 / 2195 = 1.1618$	5	

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

- Se continua con la articulación de los líderes de los servicios en las metodologías de implementación de los paquetes instruccionales, lo cual fortalece la cultura institucional de seguridad.
- Se desarrollaron las rondas interadministrativas con participación clave en seguimiento a eventos e incidentes con medicamentos.
- Se implementaron estrategias dinámicas para el desarrollo de los paquetes instruccionales en todos los niveles de la institución.
- Se realiza reporte, medición y gestión de los eventos adversos.
- Se realizaron rondas de seguridad interdisciplinarias articuladas con los requisitos de habilitación para garantiza el cumplimiento de las acciones preventivas y barreras de seguridad.
- Se implementó el programa de infecciones a nivel transversal y se fortaleció el grupo de auditoria con un enfoque de auditoria de servicio para la mejora de procesos y no solo de adherencia y pertinencia.
- Se realizó seguimiento permanente a la Adherencia a guías de atención, mediante la auditoría concurrente y posterior a la atención: Primera causa de egreso, Oportunidad en Apendicectomía, Neumonías bronco aspirativas en pediatría, Atención del paciente con infarto agudo del miocardio y Análisis de la mortalidad hospitalaria.

Garantizar la oportunidad en la atención

- Se fortalecieron los canales de comunicación para la asignación de citas permitiendo tramites por la página web y mejora de la comunicación telefónica.
- Se realizó seguimiento de la oferta a cada asegurador para mejorar la demanda insatisfecha y dar trámite a las autorizaciones de mayor tiempo, dando continuidad a la implementación de estrategias de trámite interno para promover la disminución de trámites para los usuarios.

- Se fortaleció la comunicación con los gestores de los municipios para evitar los trámites para los usuarios de los municipios más lejanos.

Se implementaron herramientas tecnológicas para el acceso a citas que permiten agilizar dicho trámite a los usuarios y facilitar la gestión de agenda institucional.

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.1	1.1	1	0.05	0.05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0.91	0.93	5	0.05	0.25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0.90	0.91	5	0.10	0.50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	NO APLICA	0.0	NO APLICA
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1.09	1.06	1	0.057	0.06
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	0.81	0.91	5	0.057	0.29
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	0	0.057	0.00
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4	5	0.057	0.29
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.95	0.86	1	0.057	0.06
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	NO PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	0	0.057	0.00

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	5	0.057	0.29
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0.98	1.00	5	0.07	0.35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.90	0.93	5	0.05	0.25
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	0.84	0.90	5	0.05	0.25
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0.05	0.25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	0.95	1.00	5	0.05	0.25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1.00	1.00	5	0.05	0.25
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	2.9	4.2	5	0.03	0.15
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	3.5	4.9	5	0.03	0.15
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	2	1.6	5	0.02	0.10
					CALIFICACIÓN		3.77
		CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN:	IGUAL O SUPERIOR AL 70%		RESULTADO	SATISFACTORIA	