



PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2021

DIEGO LÉON MUÑOZ ZAPATA

DATOS PARA NOTIFICACIÓN

Correo Electrónico: gerencia@hsanrafael.gov.co

Dirección: Calle 47 #48-63. Itagüí, Antioquia

Teléfono fijo: 604 448-22-24

Teléfono celular: 315-243-67-95



	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	2
		Fecha	Julio de 2021

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	MARCO NORMATIVO	4
3.	DESARROLLO CONTENIDO DEL INFORME	5
3.1.	INDICADORES APLICABLES A LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ	5
3.2.	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES PARA LA VIGENCIA 2021.....	7
3.2.1.	ÁREA DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	7
3.2.2.	ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	10
3.2.3.	ÁREA CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	15
4.	ANEXOS	19

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

1. INTRODUCCIÓN

La gerencia, y en especial la gerencia pública ha tenido una transformación que induce trabajar bajo principios de transparencia, eficiencia y productividad, lo cual implica hacer uso de herramientas de gestión para lograr los objetivos y metas con la mejor utilización de recursos en beneficio de la comunidad. Lo anterior se traduce en el cumplimiento de políticas públicas con observancia de valores éticos y morales que disminuyan los impactos de la corrupción.

Para lograr la transformación planteada es necesario realizar cambios estructurales en la organización que involucren un direccionamiento estratégico orientado hacia la gestión eficiente que involucra a los servidores públicos en su responsabilidades y roles con énfasis en el mejoramiento.

Para la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, como Empresa Social del Estado, se debe traducir en una gestión eficiente de recursos públicos con estrategias desagregadas en todos los niveles que permita la consecución de los objetivos enmarcados en la misión institucional, con criterios técnicos de productividad y transparencia.

El Plan de Gestión 2020 – 2023 fue presentado por el Gerente Diego León Muñoz Zapata, el cual se constituye en el documento que refleja los compromisos que este establece ante la Junta Directiva de la institución, la cual ofrece servicios de salud de mediana y alta complejidad, ubicada en el municipio de Itagüí para la atención de pacientes en el Departamento de Antioquia o particular que requiera los servicios.


Este plan se basó en la transformación gerencial para las Empresas Sociales del Estado, a través de la normativa y políticas reglamentarias que son garantes para la población.

El avance del cumplimiento del plan para la vigencia 2021 se abordará en las tres áreas propuestas:

Dirección y gerencia, la cual hace referencia a la gestión estratégica y contempla el cumplimiento del plan de desarrollo, el mejoramiento continuo y la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad.


Financiera y administrativa, establece indicadores de procesos que buscan la eficiente administración de los recursos con sostenibilidad financiera.

Clínica o asistencial, la cual involucra los procesos orientados hacia la prestación de servicios de salud según el nivel de complejidad con criterios de calidad y seguridad para el paciente.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

2. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- La ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.
- La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- Ley 715 del 21 de diciembre de 2004: define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”
- Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011 donde se definen los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, en especial lo normado en los artículos 72, 73 y 74.
- Ley 909 de 2005: Normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa y gerencia pública.
- Decreto 780 de 2016 (Decreto 1876 de 1994): hace referencia a la plataforma jurídica de las ESE.
- Decreto 780 de 2016 (Decreto 1011 de 2006): Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Decreto 780 de 2016 (Decreto 903 de 2014): Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, y deroga los artículos 41,42,43 Y 44 del Decreto 1011 de 2006, y así como el párrafo del artículo 7° del Decreto 2923 de 2011 demás disposiciones que le sean contrarias.
- Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 2082 de 2014, operatividad del sistema único de acreditación, nuevos criterios de evaluación.
- Resolución 710 de 2012. Adoptas las “condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”, vigente solo el anexo 1 (Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión de las empresas sociales del estado del orden territorial) y 5(Escala de resultados).
- Resolución 743 de 2013, por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones. El Artículo 1° Modifica los Anexos números 2, 3 y 4 del Artículo 2° de la Resolución número 710 de 2012, donde Anexo N°2 indicadores y estándares por áreas de gestión, Anexo N°3 instructivo para la calificación. Anexo N°4 matriz de calificación.
- Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones. El Artículo 1° sustituye los anexos 2, 3 y 4 adoptados en la resolución 710 de 2012 modificada por la resolución 743 de 2013 por los anexos 2, 3 y 4 que hacen parte integral de la resolución.
- Resolución 1097 de 2018 corrige algunos errores de la Resolución 408 de 2018.


	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

3. DESARROLLO CONTENIDO DEL INFORME

3.1. INDICADORES APLICABLES A LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ

La Resolución 408 de 2018 en su anexo dos (2) establece los indicadores y estándares de acuerdo con las tres (3) áreas de gestión. Se plantean un total de 30 indicadores que de acuerdo con su nivel de atención le son aplicables a la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí 17, es decir, el 56.66%, los cuales se describen en la siguiente tabla con las metas establecidas en el Plan de Gestión aprobado por la Junta Directiva.

ÁREA	N°	TIPO DE E.S.E	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2019	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,23	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20	≥ 1,20
	2	Nivel II	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0,91	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.	0,99	≤ 0,90	≤ 0,90	≤ 0,90	≤ 0,90
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de Mecanismos Electrónicos	0,90	≥ 0,70	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
	7	Nivel II	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 Negativa	Variación Negativa	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)
	8	Nivel II	Utilización de la información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	4	4	4	4	4
	9	Nivel II	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	0,74	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00	≥ 1,00
	10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento oportuno
3. CLÍNICA O ASISTENCIAL	13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,56	≥ 0,70	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80
	14	Nivel II	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,95	≥ 0,9	≥ 0,95	≥ 0,95	≥ 0,95
	15	Nivel II	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0	0	0

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021


ÁREA	N°	TIPO DE E.S.E	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2019	META 2020	META 2021	META 2022	META 2023
	16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	0,92	>=0,9	>=0,92	>=0,92	>=0,92
	17	Nivel II	Análisis de Mortalidad intrahospitalaria	100	100	100	100	100
	18	Nivel II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	1,96	<=5	<=5	<=5	<=5
	20	Nivel II	Tiempo de espera para la asignación de cita de medicina interna	12,08	<=15	<=15	<=15	<=15

Con relación a los indicadores que aplican a la institución se aclara que si bien se tienen dos indicadores adicionales en el área clínica o asistencial definidos para instituciones de II nivel como son “*Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia*” y “*Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación*” no aplican para la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, toda vez que no prestamos el servicio de Obstetricia y siendo de segundo nivel, no llevamos a cabo actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, por lo tanto, la ponderación de estos indicadores se distribuyen en los que sí aplican a la institución. De igual forma el indicador “*Riesgo fiscal y financiero*” el cual hace parte de los indicadores del área financiera y administrativa no aplica debido a que el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero no ha sido viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y por tanto no puede ser adoptado por la Junta Directiva, la ponderación de dicho indicador se distribuye en los otros del área.

A continuación, se relaciona la ponderación dada a cada uno de los indicadores de acuerdo con lo estipulado en la Resolución 408 de 2018. Para las áreas de Dirección y Gerencia se conserva la ponderación dada por la norma, mientras que para las áreas Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial se redistribuye la ponderación de los indicadores que no aplican a la E.S.E San Rafael de Itagüí.

ÁREA	N°	TIPO DE E.S.E	INDICADOR	PONDERACIÓN
1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	0.050
	2	Nivel II	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	0.050
	3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0.100
2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.	0.0571428571428571
	6	Nivel II	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de Mecanismos Electrónicos	0.0571428571428571
	7	Nivel II	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	0.0571428571428571
	8	Nivel II	Utilización de la información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	0.0571428571428571
	9	Nivel II	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	0.0571428571428571
	10	Nivel II	Oportunidad en la entrega del reporte de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	0.0571428571428571

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

ÁREA	N°	TIPO DE E.S.E	INDICADOR	PONDERACIÓN
	11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	0.0571428571428571
3. CLÍNICA O ASISTENCIAL	13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.06667
	14	Nivel II	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0.06667
	15	Nivel II	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0.06667
	16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	0.06667
	17	Nivel II	Análisis de Mortalidad intrahospitalaria	0.06667
	18	Nivel II	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	0.04000
	20	Nivel II	Tiempo de espera para la asignación de cita de medicina interna	0.02667

3.2. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES PARA LA VIGENCIA 2021.

A continuación, se presenta el análisis del cumplimiento de cada uno de los 17 indicadores que aplican a la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, agrupados en tres áreas: Dirección y gerencia, financiera y administrativa y gestión clínica o asistencial.

3.2.1. ÁREA DIRECCIÓN Y GERENCIA.

El área de dirección y gerencia contempla tres (3) indicadores, es decir el 17.64%, dos (2) enfocados al cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo – PAMEC y el otro con el avance de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional. Esta área de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 tiene una ponderación del 20%.


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

INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.23	1.2	1.2

La autoevaluación se realizó según lo establecido en la Resolución 5095 de 2018, Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, Y con la escala de calificación de la Resolución 2082 de 2014.

La autoevaluación se utiliza como el primer paso de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC en cada una de las vigencias, en las que se formulan y ejecutan planes de mejoramiento.

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

De los 160 criterios que contiene la normatividad para la vigencia 2021 y 2020 se evaluaron 131 equivalentes al 81.87%. Estos, se agrupan en 8 estándares donde el grupo asistencial lo componen el 37.40%, seguido de gerencia del talento humano con el 12.98% y gerencia con el 11.45%.

Grupo de estándares	Promedio de calificación 2021	Promedio de calificación 2020
Asistenciales	3,54	3,14
Direccionamiento	3,41	3,01
Gerencia	3,55	2,65
Gerencia del talento humano	3,87	3,45
Gerencia del ambiente físico	3,6	3,17
Gestión de la tecnología	3,62	2,91
Gerencia de la información	3,5	2,57
Mejoramiento continuo	3,7	1,84
	3,59	2,99


El resultado global de la autoevaluación frente a los estándares de acreditación en el año 2021 fue: 3.59, mientras que para la vigencia 2020 fue de 2.99, lo que daría indicador del 1.2 cumplimiento en un 100% la meta fijada para la vigencia 2021.

2.Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0.91	0.9	0.9

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud-PAMEC en la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí hace parte de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Una forma de medir el mejoramiento continuo de la E.S.E es a través del resultado de la implementación del PAMEC. El resultado del indicador efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, se obtiene de la relación entre las acciones ejecutadas y las acciones planteadas en los planes de acción de los grupos de estándares de acreditación.

Para la selección se identificaron los procesos institucionales a los cuales les aplican los estándares con oportunidades de mejora, se totalizaron las oportunidades de mejora para cada proceso resultando una relación de estándares, oportunidades de mejora y procesos, lo que permitió identificar cuáles fueron los procesos con mayor número de oportunidades de mejora, se realizó un análisis de Pareto quedando seleccionados los procesos hasta el 80% de frecuencia acumulada. De esa manera quedan seleccionados los procesos a los cuales se les realizó la medición inicial del desempeño mediante auditoría.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

La auditoría interna se ejecutó al 100% en las 16 unidades auditables identificadas, se definieron como técnicas de auditoría: la revisión de documentos y registros, la entrevista y la observación. Una vez llevada a cabo la auditoría cada uno de los líderes de las unidades auditadas y con base en el informe, formuló un plan de mejoramiento con fechas específicas lo cual permitió realizar un seguimiento posterior.

TOTAL ACTIVIDADES	CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
111	100	11	90%

Del total de actividades formuladas en los planes de mejoramiento se obtuvo un desempeño del 90%, alcanzando así un 100% frente a la meta estipulada para la vigencia 2021.


3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	0.9	0.9	0.9283

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que permite al Gerente y a su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

El Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024 "Unidos por tu salud", se aprobó mediante acuerdo No. 14 del 27 de noviembre de 2020, en el cual se definieron tres (3) líneas estratégicas que a su vez contienen las 23 apuestas (indicadores) a ejecutar en el periodo gerencial. Para la vigencia 2021, se programaron 21 de los 23 indicadores identificados en el Plan, es decir, el 91.30%. La línea 1 "Fortalecimiento Institucional" agrupa el 47.82% de las metas (11) y alcanzó un promedio de cumplimiento de 98%. La línea 2 "Sostenibilidad financiera" contiene el 34.79% de los indicadores (8) y obtuvo un promedio de cumplimiento de 96%. Por su parte, la línea 3 "Atención segura y eficiente" asocia el 17.39% de las metas (3) con un promedio de cumplimiento del 100%.

Para la vigencia 2021, el plan de desarrollo institucional obtuvo un cumplimiento del 92.83%, alcanzando así un 103% frente a la meta estipulada para la vigencia 2021.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

3.2.2. ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

El área financiera y administrativa contempla siete (7) indicadores, equivalentes al 41.18%, los cuales, en su gran mayoría cinco (5) buscan cumplir con unas metas financieras, que permitan determinar la gestión que se hace desde la institución a sus finanzas y así poder obtener un mejor desempeño institucional; y dos (2) indicadores con los que se busca el cumplimiento de los reportes que se deben hacer a la Superintendencia de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social para contribuir a la Rendición de Cuentas Institucional. Esta área de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 tiene una ponderación del 40%.

5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida.


INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	0.99	<=0,9	0.965

La unidad de valor relativo es una forma de resumir en una misma dimensión los diferentes servicios que produce una institución hospitalaria, ya que pondera las diferentes actividades y en algunos servicios tienen en cuenta la complejidad del servicio prestado. Los que busca el indicador es medir el costo de producir una unidad y lo compara con el año inmediatamente anterior. Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más proporcionalmente frente al gasto.

La UVR mide en término de pesos la producción frente al gasto, básicamente determina la eficiencia producida a menos costo; para la vigencia 2021 la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida fue de 0.965 indicando que, por cada peso producido se gastaron 0.965. El resultado del indicador obedece principalmente a la implementación del sistema de costos institucional, a la contención de los gastos que desde la subgerencia administrativa se está realizando, disminuyendo los gastos operacionales en un 25.1% y al aumento del 18.6% en la producción institucional, dado en gran parte a la atención de pacientes derivados del Covid-19.

INDICADOR	2018	2019	2020	2021
Gastos de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$.	16.617,87	16.491,6	17.729,52	17.111.62
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida		0.992	1.07	0.965

Si bien, solo se alcanzó a cumplir con el 93.26% de la meta, se redujo el indicador en 2.52% frente a la línea base y 9.81% frente al resultado obtenido en la vigencia 2020.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas. b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas. b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0.9	>=0,9	0.86

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

Para la vigencia 2021, la institución realizó unas compras por valor de \$5.956.215.061 de las cuales el 86% (\$5.113.448.133) se realizaron a través de la plataforma OKA (\$3.838.187.492) y la cooperativa COHAN (\$1.275.260.641). Si bien se tenía una meta del 90% para la vigencia 2021, solo se cumplió el 95.55% de esta debido a que algunos medicamentos o insumos se deben adquirir a personas que no realizaron la cotización a través de la plataforma o una cooperativa. En algunos otros casos, se requiere adquirir un producto que no se tenía en el listado del mes, pero se presenta la necesidad de compra para la atención de un paciente y finalmente en algunos meses no se realizó la compra total de las unidades que se tenían planeadas adquirir durante dicho mes.


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.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
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 Negativa	<=0	Variación Positiva

Para la vigencia 2021, la institución presentó un valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta (\$0), por concepto de honorarios \$1.446.778.586, por servicios personales fue de \$ 12.856.491.533, y otras cuentas por pagar \$0, para un total de \$14.303.270.119, mientras que para la vigencia 2020 el comportamiento de la deuda a 30 días fue, por concepto de salarios del personal de planta Cero pesos (\$ 0), por concepto de honorarios \$856.749.007, por servicios personales fue de \$ 12.875.257.286, y otras cuentas por pagar \$ 0, para un total de \$ 13.732.006.293.

La variación del monto frente a la vigencia 2020 presentó el siguiente comportamiento= Resultado = \$571.263.826; y por ende un incremento 4%.

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS.	4	4	4

Los RIPS son el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000. El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios.

Durante la vigencia 2021 se presentaron cuatro (4) informes a la Junta Directiva en las siguientes fechas:

- 15 de abril 2021 donde se presentó información correspondiente al I Trimestre de 2021.
- 28 de julio 2021 donde se presentó información correspondiente al II Trimestre de 2021.
- 19 octubre 2021 donde se presentó información correspondiente al III Trimestre de 2021.
- 28 diciembre 2021 donde se presentó información correspondiente al bimestre octubre - noviembre 2021.

Debido a que a la fecha de la última presentación no se contó con información correspondiente al mes de diciembre se realizó una presentación adicional a la junta directiva la cual consolidó los RIPS del IV trimestre de dicha vigencia.

- 26 de enero 2022 presentación del IV Trimestre del 2021 consolidado.

La información presentada de los RIPS nos permite generar estrategias de atención de acuerdo con la caracterización obtenida de la población y adicional, definir cuáles serán las Guías de Práctica Clínica que se adoptarán para la prestación de cada uno de los servicios de acuerdo con la morbilidad presentada.


9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.74	>=1	0.74

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores que permita generar un equilibrio financiero.

Para la vigencia 2021, la información para establecer el indicador fue la siguiente:

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

CONCEPTO	VIGENCIA 2021
Ingreso total recaudado (excluye CxC)	\$31.030.854,24
Cuentas por cobrar otras vigencias	\$18.167.159,19
TOTAL INGRESO RECAUDO	\$49.198.013,43
Gastos totales con cuentas por pagar	\$66.679.286,01
Equilibrio presupuestal	0.74

Para la vigencia 2021 el equilibrio presupuestal de la institución fue de 0.74, dando a entender que el recaudo estuvo por debajo de los gastos obligados en la vigencia, es decir, lo efectivamente, se alcanzó a considerar cuentas por pagar. El valor recaudado alcanzó para cubrir los gastos realizados en la vigencia, más no para cubrir las cuentas por pagar adeudadas por la institución.

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.


INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
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.	Sí	Sí	No presentó información

La Circular única de la Superintendencia Nacional de Salud plantea que las Instituciones Prestadoras de Salud, deben cumplir con los siguientes reportes de información:

ARCHIVO TIPO	CONTENIDO	PERIODICIDAD	REPORTE
FT025	Reporte de facturación radicada por IPS a entidades de aseguramiento	Mensual	Oportuno
FT026	Contratación	Trimestral	Oportuno
FT004	Cuentas por pagar - acreedores	Trimestral	Extemporáneo
GT001	Reporte de implementación del código de conducta y de buen gobierno	Bianual	Oportuno
GT003	Audiencia pública rendición de cuentas	Anual	Oportuno
GT004	Alianza de usuarios	Anual	Oportuno
ST002	PAMEC	Anual	Oportuno
ST006	Accidentes de tránsito	Anual	Oportuno

De acuerdo con la tabla anterior, no se cumple con la meta propuesta que es el reporte oportuno en los términos de la normatividad vigente debido a que el formato FT004 se reportó extemporáneo para el primer trimestre de la vigencia 2021.

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

Después de advertir el incumplimiento reportado por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con dicho formato se inició un análisis de las causas con el siguiente resultado:

- No se realizó un empalme entre la contadora anterior y el contador actual y no se verificó al recibir el cargo que se hubiera dado cumplimiento a los reportes que a la fecha se debían realizar.

Al analizar la situación se tomaron medidas a fin de dar cumplimiento al total de reportes con los que deben cumplir la institución:

- Se realizó el reporte extemporáneo del archivo tipo FT004.
- Se definió claramente un responsable del reporte periódico y sistemático del archivo tipo FT004.
- Se implementó un archivo el cual se denominó “Matriz Entes de Control” donde se consolidaron el total de reportes que se deben hacer y al cual se le realiza un seguimiento estricto desde la oficina de planeación y calidad.

11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.


INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Sí	Sí	Sí

EL Decreto 2193 de 2004 tienen por objeto, establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

En este sentido, se considera que una institución presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2021 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con lo anterior, la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí cumplió con los reportes los cuales fueron presentados en las siguientes fechas:

- Primer trimestre: 01/06/2021 – Oportuno.
- Segundo trimestre: 30/08/2021 – Oportuno.
- Tercer trimestre: 30/11/2021 – Oportuno.
- Cuarto trimestre: 01/03/2022 – Oportuno.
- **Resultado final de cumplimiento: Cumple.**

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

3.2.3. ÁREA CLÍNICA O ASISTENCIAL

El área clínica o asistencial contempla siete (7) indicadores, con los cuales se miden el quehacer de la institución ya que está enfocado en la prestación de los servicios y permite determinar cómo es la atención en salud en la institución. Esta área de acuerdo con la Resolución 408 de 2018 tiene una ponderación del 40%.

13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0.56	>=0.8	0.8989

La E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, mediante Resolución 059 del 26 de abril del 2019, adoptó la Guía de Práctica Clínica para la “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC – que es la patología de mayor egreso desde el año 2018 y ha seguido siendo para los años 2019, 2020 y 2021.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través del Software STATS®, utilizando una confiabilidad del 90% y un margen de error estándar de solo el 10%. El estudio se realizó de manera trimestral, donde de un universo de 340 pacientes o Historias Clínicas se tiene un tamaño de la muestra de 188 Historias Clínicas de las cuales 169 cumplieron con el 100% de los criterios que tiene el Instrumento de Auditoría, para un porcentaje de cumplimiento o de adherencia del 89.89%.

El cumplimiento para la vigencia 2021, estuvo por encima de la meta en 9.89 puntos porcentuales debido a que se ha realizado una evaluación estricta a la adherencia de esta guía con una persona que está en permanente comunicación y retroalimentación con los médicos y a la adquisición de un software CPOKETS el cual permite realizar la evaluación en tiempo real.


14. Oportunidad en la realización de apendicectomía.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Oportunidad en la realización de apendicectomía	0.95	>=0.95	0.9937

Durante la vigencia 2021 se realizaron 162 procedimientos de los cuales 161 se realizaron dentro de las 6 horas, obteniendo así una oportunidad del 99.37%. En promedio, la oportunidad estuvo en 2:17 minutos evitando así posibles complicaciones en los pacientes con dicho diagnóstico.

El promedio de edad en la realización de apendicectomía fue de 32 años y el 56.17% de personas atendidas fueron hombres y el 43.83% restante mujeres. El 46.91% de los procedimientos se realizaron en menos de dos horas

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

después de la confirmación del diagnóstico, mientras que el 10.49% se realizó entre las cuatro y las seis horas después de haber sido diagnosticado.

El resultado obtenido en la vigencia 2021 superó la meta establecida y línea base en 4.37 puntos porcentuales, gracias al trabajo en equipo del equipo quirúrgico y el área administrativa y a la priorización de estos pacientes después de obtenido el diagnóstico.

15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	0

El Hospital San Rafael de Itagüí maneja una población de 0 a 15 años de la zona sur del valle aburra donde se tiene un servicio de urgencias con atención a esta población pediátrica con 8 camacunas, además de personal idóneo y entrenado para satisfacer las necesidades de la comunidad y disminuir factores de riesgo y la morbimortalidad pediátrica de la zona sur.


La institución realiza un análisis mensual de las neumonías bronco-aspirativas intrahospitalarias en pacientes pediátricos notándose que este indicador se encuentra en cero para la vigencia 2021; no se han presentado ni notificado casos, cumpliendo con la línea base y la meta establecida para dicha vigencia.

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	0.92	>=0.92	0.983

La Resolución 188 de diciembre de 2018 adoptó la Guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo, Guía No 17 — Tercera edición año 2017 dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual plantea la forma adecuada de atención que debe recibir un paciente que ingrese a la institución con dicho diagnóstico.

Para la vigencia 2021 se presentaron 118 diagnósticos de egreso de infarto agudo de miocardio de los cuales a 116 se les inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, obteniendo así una oportunidad del 98.3%. En promedio, la oportunidad estuvo en 0:31 minutos evitando así posibles complicaciones en los pacientes con dicho diagnóstico.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

Por otra parte, el promedio de edad de pacientes con dicho diagnóstico fue de 64 años y el 51.69% de personas atendidas fueron hombres y el 48.31% restante mujeres.

De acuerdo con el dato obtenido en la vigencia evaluada se observa que el cumplimiento estuvo por encima en 6.3 puntos porcentuales con relación a la meta y a la línea base, lo cual es muy positivo para los pacientes ya que se está siendo oportuno al identificar dicho diagnóstico.

17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	100	100	100

El Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE de la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí se creó mediante la Resolución 16 de 2021, el cual actuará como comité permanente, asesor, el con el fin de realizar análisis sobre los eventos específicos en materia de salud sujetos a vigilancia, que lleven a identificar faltas en la operación del Sistema General de Seguridad y Salud, mejorar la calidad de los servicios de salud y diseñar y/o implementar diversas estrategias de promoción de la salud o prevención de enfermedades y control en los eventos más importantes para la salud de la colectividad, adicional a esto se implementará funciones de comité de estadísticas vitales con el fin de realizar un análisis a la mortalidad hospitalaria.

El comité sesiona una vez al mes donde se analizan los eventos específicos en materia de salud entre ellos el de mortalidad. Durante la vigencia 2021 se presentaron 210 casos, analizados y presentados en dicho comité. Del total de los casos el 46.19% fueron de sexo masculino y el 53.81 de sexo femenino. Por otra parte, el 93.80% de los casos se presentaron en el servicio de internación y el 6.2% en el servicio de urgencias. Y el 77.14% de los pacientes estaban afiliados a SAVIA Salud y el 18.57% a Nueva EPS:

18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.


INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	1.96	<=5	3.11

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2021 el promedio día espera es de 3.11 días.

La meta se alcanzó debido a que se aumentó el número de agendas de disponibilidad en la semana para mejorar la disponibilidad. Se cuenta con un pediatra que cuenta con una disponibilidad de 4 horas dos veces a la semana que permite atender la oferta que tiene la institución.

La información se reportó de forma trimestral de acuerdo con lo establecido en la Resolución 256 de 2016. Con respecto a la meta, el cumplimiento estuvo 1.89 días por debajo.

Copia controlada

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021


20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

INDICADOR	LINEA DE BASE 2019	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	12.08	<=15	8.55

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 15 días, para la vigencia 2021 el promedio día espera es de 8.55 días.

Para este indicador es importante tener en cuenta que el servicio se encuentra cerrado temporalmente (desde el 9 de septiembre de 2021) y que durante los meses de junio a diciembre no se asignaron citas debido a la renuncia de los profesionales. Se realizaron las gestiones necesarias para contratar un profesional y no ha sido posible conseguirlo. Por otra parte, a diciembre 31 no se tenían citas represadas por la falta del profesional, en aquellos casos en los que se hizo necesario cumplir la orden de atención por tutela u otro mandato constitucional, la cita fue cubierta por un internista de piso.

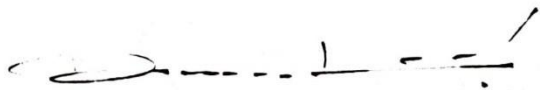
La información se reportó de forma trimestral de acuerdo con lo establecido en la Resolución 256 de 2016. Con respecto a la meta, el cumplimiento estuvo 6.55 días por debajo.

	Informe	Código	IF_01_PL
	PLAN DE GESTIÓN GERENCIA 2021	Versión	0
		Fecha	Julio de 2021

4. ANEXOS

- Anexo Indicador 1 2021.
- Anexo Indicador 2 2021.
- Anexo Indicador 3 2021.
- Anexo Indicador 5 2021.
- Anexo Indicador 6 2021.
- Anexo Indicador 7 2021.
- Anexo Indicador 8 2021.
- Anexo Indicador 9 2021.
- Anexo Indicador 10 2021.
- Anexo Indicador 11 2021.
- Anexo Indicador 13 2021.
- Anexo Indicador 14 2021.
- Anexo Indicador 15 2021.
- Anexo Indicador 16 2021.
- Anexo Indicador 17 2021.
- Anexo Indicador 18 2021.
- Anexo Indicador 20 2021.
- Matriz de calificación

Cordialmente,



DIEGO LEÓN MUÑOZ ZAPATA
Gerente
E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí

Copia controlada