



HOSPITAL
San Juan De Dios
Empresa Social del Estado
Rionegro - Antioquia
siempre por la vida

PLAN DE GESTIÓN

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
E.S.E. RIONEGRO**

2024-2028

Sede Jorge Humberto
González Noreña
Dirección: Carrera 48 # 56-59
Teléfonos: (604) 531 37 00
Sede Gilberto Mejía Mejía
Dirección: Carrera 70 # 40-68
Teléfono: (604) 531 37 00



Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO LEGAL.....	5
GLOSARIO	9
FASE DE PREPARACIÓN	11
1. DIAGNOSTICO INICIAL.....	11
1.1. Área de Dirección y Gerencial.....	11
1.1.1. Direccionamiento estratégico.....	11
1.1.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	13
1.2. Gestión financiera y Administrativa.....	17
1.2.1 Proceso contable	17
1.2.2 Proceso de costos.....	20
1.2.3 Proceso de facturación	21
1.2.4. Proceso de presupuesto	23
1.2.5. Proceso de tesorería	24
1.2.6. Proceso de cartera	26
1.2.7. Resultados financieros.....	28
1.2.8. Implementación de sistemas de información.....	29
1.2.9. Proceso de Compras.....	31
1. 2.10. Gestión del recurso humano.....	31
1.2.11. Gestión Ambiental	34
1.2.12. Comunicaciones	35
1.2.13. Sistema de control interno de la entidad.....	35
1.3. Área de Gestión Clínica o Asistencial.....	38
1.3.1. Contratación de prestación de servicios	38
1.3.2. Situación asistencial	41
2. LINEA BASE INDICADORES	46
FASE DE FORMULACION	50
3. LINEAMIENTOS GENERALES.....	50
3.1. Área de Dirección y Gerencia.....	50
3.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa	50
3.3. Área de Gestión Clínica o asistencial.....	53

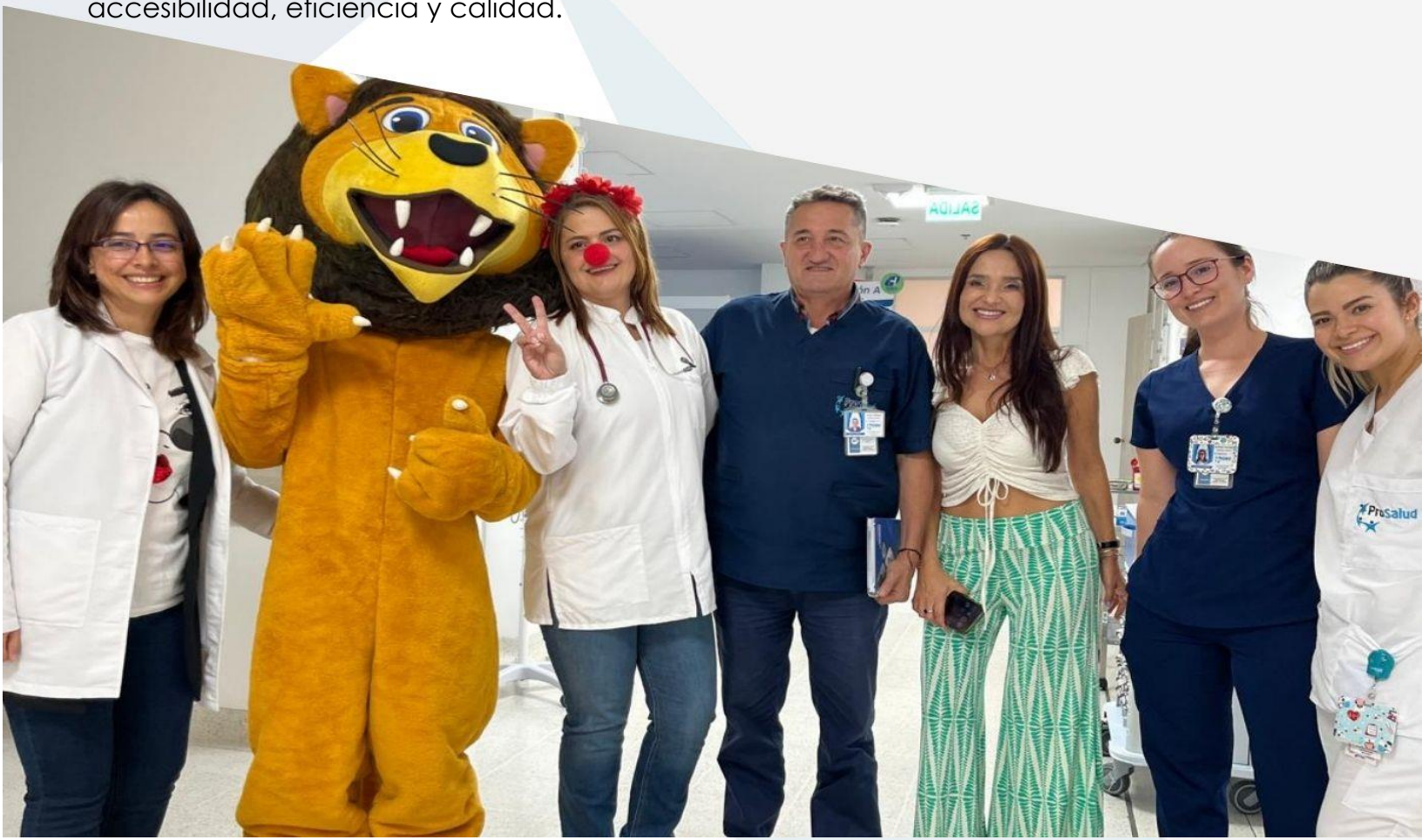
4. LOGROS Y COMPROMISOS	56
5. COMPROMISOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS DE GESTIÓN	61
FASE DE APROBACIÓN	68
FASE DE EJECUCIÓN.....	69
FASE DE EVALUACIÓN.....	69

INTRODUCCIÓN

Según las normativas actuales, Resoluciones 0710 de 2012, 0743 de 2013 y 0408 de 2018, se establecen las pautas para la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, en concordancia con los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011. Estas normativas exigen la presentación de un plan de gestión gerencial. Además, la Resolución 0408 de 2018, en su artículo 3, especifica las modificaciones a los planes de gestión presentados en 2017 y los requisitos para los planes posteriores a su publicación.

El plan de gestión que propongo como Gerente ante la Junta Directiva del Hospital San Juan de Dios E.S.E. en Rionegro, Antioquia, contempla compromisos en áreas como gestión gerencial estratégica, prestación de servicios de salud y gestión administrativa. Estos compromisos se alinean con la planificación general de la institución y servirán como cimiento para el desarrollo institucional.

Como Gerente, el plan de gestión que implementaré tiene como objetivos alcanzar la viabilidad financiera, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud y cumplir con los reportes exigidos por la Superintendencia Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social. Este plan busca respaldar la definición, articulación y priorización de metas institucionales, proponiendo de manera clara la estrategia organizacional e instaurando indicadores de evaluación de desempeño. Todo esto se realiza en conformidad con la normativa actual y en sintonía con los principios y directrices del Sistema General de Seguridad Social y la Política Nacional de servicios de salud, que buscan ofrecer accesibilidad, eficiencia y calidad.



MARCO LEGAL

1.1. PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 27 DE LA LEY 1122 DE 2007. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

1.2. ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1122 DE 2007. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. ... Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento.

1.3. LEY 1438 DE 2011 REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL

1.3.1. ARTÍCULO 72. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley.

1.3.2. ARTÍCULO 73. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya

reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

1.3.3. ARTÍCULO 74. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.



74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

1.3.4. RESOLUCIÓN 0710 DEL 30 DE MARZO DE 2012. Por medio de la cual se adoptan 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.

1.3.4.1. ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto adoptar 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 y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

1.3.4.2. ARTÍCULO 2. ADOPCIÓN DE CONDICIONES Y METODOLOGÍA. Adóptense las condiciones y metodología para la elaboración y la

presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva, contenidos en los anexos que hacen parte integral de la presente resolución.

1.3.4.3. 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 del componente de la gestión clínica o asistencial no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida en el anexo No.3 se distribuirá equitativamente entre los demás indicadores que se encuentren dentro de dicho componente.

1.3.4.4. ARTÍCULO 4. RESPONSABLES. Los miembros de la Junta Directiva y los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán responsables por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución. Su incumplimiento acarreará las sanciones previstas en las normas disciplinarias vigentes.

1.3.4.5. ARTÍCULO 5. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. Deroga la Resolución 0473 de 2008 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

1.3.5. RESOLUCIÓN 0743 DE 2013. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.



Los cambios contenidos en esta resolución, en relación con la 0710 de 2012 son los siguientes.

Periodo evaluable: Se establece que no es evaluable el periodo si el gerente no ejerció su cargo la totalidad de la vigencia, lo que implica que en condiciones normales el primer año no es evaluable, por empezar en marzo. “Artículo 3, La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el director o gerente, a más tardar el 1° de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior. Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia”.

1.3.6. RESOLUCIÓN 0408 DE 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones frente al tiempo de ajuste y aprobación.

Los cambios contenidos en esta resolución, en relación con la 743 de 2013 son los siguientes:

Periodo evaluable: Se establece que no se considera interrupción del desempeño del gerente. “Artículo 3, Parágrafo. Para efectos de la evaluación, situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones y permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas”.

GLOSARIO

EFICIENCIA: La eficiencia mide la relación entre productos obtenidos (metas productos) e insumos utilizados (recursos ejecutados) en un proceso productivo, el cual busca alcanzar la máxima cantidad de productos sin desperdiciar, o aprovechar al máximo los recursos o insumos disponibles; es la comparación entre lo efectivamente realizado y lo propuesto, esta medición busca determinar si se está optimizando la dotación de recursos financieros que tienen disponibles para producir las metas producto.

EFICACIA: La eficacia permite medir el grado de cumplimiento de las metas y productos establecidos en el plan de gestión gerencial y los indicadores alcanzados en términos de productos, calculando el nivel del logro y determinando el grado de cumplimiento a nivel de proyecto, línea y

componente del plan. Hace referencia únicamente a la obtención de los resultados y productos.

La evaluación de eficacia se convierte en un componente esencial, donde se mide el grado de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de gestión gerencial. Entre mayor sea el nivel de cumplimiento en las metas trazadas mayor es el nivel de eficacia obtenido y, en consecuencia, mayor será el grado de satisfacción de la institución.

PONDERACIÓN: Es el peso porcentual de cada uno de los indicadores y/o criterios establecidos en una medición determinada, sobre el valor total de las áreas o programas que integran cada uno de los indicadores

OBJETIVO

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, Antioquia durante el periodo 2024-2027, para el cual fue nombrado mediante Decreto 193 del 21 de marzo del 2024 y Acta de Posesión N° 068 del 1 de abril de 2024.



FASE DE PREPARACIÓN

1. DIAGNOSTICO INICIAL

1.1. Área de Dirección y Gerencial

1.1.1. Direccionamiento estratégico

El hospital en la actualidad cuenta con diversas herramientas de planeación que abarcan diversas facetas de su gestión. Entre estas herramientas, destaca el plan operativo, el cual despliega un enfoque minucioso para el seguimiento de las actividades a lo largo del mes. Este plan no solo establece metas específicas para cada período, sino que también genera mediciones que permiten evaluar el grado de cumplimiento. Lo más notable es que este plan se ha integrado cuidadosamente con el Modelo Integral de Planeación y Gestión, asegurando así que las actividades operativas estén alineadas de manera precisa con los objetivos estratégicos institucionales.

Dentro de este marco de planeación integral, se han articulado una serie de actividades destinadas a dar cumplimiento a los planes estratégicos institucionales. Estos planes abarcan diferentes áreas, desde capacitación hasta medidas anticorrupción, pasando por políticas de austeridad, bienestar del personal y gestión documental. Cada uno de estos planes ha sido diseñado para contribuir al logro de los objetivos establecidos en su momento en el plan de desarrollo institucional para el período 2020-2023.

Además, como parte de un enfoque proactivo hacia la prevención y gestión de riesgos, el hospital ha elaborado mapas detallados de riesgos, tanto generales como específicamente relacionados con la corrupción, para cada período de vigencia. Estos mapas se han desarrollado con rigurosidad, utilizando metodologías recomendadas por las autoridades pertinentes, lo que asegura una evaluación integral y precisa de los posibles riesgos a los que se enfrenta la institución.

De igual manera, se han desarrollado otras herramientas de planeación que presentan un enfoque más específico, diseñadas para abordar los diversos procesos que componen el funcionamiento del hospital. Estas herramientas, fueron elaboradas para adaptarse a las necesidades particulares de cada área, incluyen el detallado plan de mantenimiento hospitalario, el cual establece directrices para garantizar el óptimo funcionamiento de las instalaciones, vehículos, equipamiento industrial y equipos biomédicos.

Asimismo, se ha implementado un cuadro de mando de indicadores institucionales, que proporciona una visión integral de los principales indicadores de desempeño del hospital, permitiendo una evaluación precisa y oportuna de su rendimiento en diferentes áreas asistenciales. A través de esta herramienta, se monitorean aspectos clave como la calidad del servicio, seguridad del paciente y la satisfacción del paciente, facilitando la toma de decisiones informadas por parte de la dirección y el equipo de gestión.

Además, se ha establecido una matriz de seguimiento a reportes institucionales, que sirve como una herramienta centralizada para el seguimiento y análisis de los informes y reportes obligatorios a entes de control generados dentro de la institución.

El cronograma de reuniones a comités, por su parte, facilita la coordinación y la comunicación entre los diferentes equipos y comités dentro del hospital. Adicionalmente, se han desarrollado instrumentos específicos para la verificación de requisitos de habilitación, la auditoría de historias clínicas y el seguimiento de planes de mejora internos y externos. Estos instrumentos, adaptados a las normativas y estándares vigentes en el ámbito de la salud, permiten garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y regulatorios, así como identificar oportunidades de mejora continua en los procesos y prácticas clínicas.

Todas estas herramientas se encuentran centralizadas y accesibles a través de una plataforma en línea denominada "Herramientas de Calidad", hospedada en SharePoint y gestionada por el equipo de Planeación y Calidad. Este equipo, responsable de su administración y mantenimiento, lleva a cabo un seguimiento periódico de su uso y efectividad, asegurándose de que se cumplan las responsabilidades asignadas a los líderes de área y de que se promueva una cultura de mejora continua en toda la organización hospitalaria, el nivel de implementación y adherencia a estas herramientas es aceptable, es decir que pueden tanto mejorarse tecnológicamente como en el uso por parte de los líderes.



1.1.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

El hospital ha implementado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en todos sus componentes, en total consonancia con los requerimientos legales establecidos, si bien manteniendo una clara consideración hacia las restricciones inherentes a las Empresas Sociales del Estado, las cuales enfrentan desafíos únicos en el contexto del Sistema de Salud.

a) Sistema Único de Habilitación: En el marco de este sistema, el hospital lleva a cabo una declaración anual de autoevaluación a través del aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), gestionado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquía. Este procedimiento no solo facilita la renovación anual de la habilitación para la prestación de servicios de salud, sino que también destaca la dedicación del hospital hacia el cumplimiento de los estándares y regulaciones establecidas.

Es importante destacar, sin embargo, que existen debilidades identificadas en el cumplimiento de ciertos requisitos de habilitación, particularmente en lo que respecta a la infraestructura, debido a su antigüedad. En respuesta a estas limitaciones, se está trabajando en la definición de un plan estratégico para abordar estas brechas y garantizar la mejora continua en la prestación de servicios de salud.

Además, a lo largo de todo el año, el hospital lleva a cabo un ciclo de auditorías cada vez más exigentes a través del área de Planeación y Calidad, dirigidas a todos los servicios con el fin de evaluar su cumplimiento con los requisitos de habilitación. Este proceso se realiza con el objetivo de identificar oportunidades de mejora y abordar posibles deficiencias que podrían haber generado brechas en el cumplimiento normativo. En el ciclo de auditoría llevado a cabo en el año 2023, se obtuvieron resultados significativos que han sido objeto de seguimiento periódico, con revisiones cada dos meses, para garantizar la implementación efectiva de las acciones correctivas y la continuación del progreso hacia la calidad en la prestación de servicios de salud.

Servicio	Estandar	Criterios aplicables	Auditoría inicial		Seguimiento: Julio 30			Seguimiento: Septiembre 30			Seguimiento: Noviembre 30		
			Criterios cumplidos	% cumplimiento	Criterios cumplidos	% cumplimiento	% Avance	Criterios cumplidos	% cumplimiento	% Avance	Criterios cumplidos	% cumplimiento	% Avance
INTITUCIONAL	Talento humano	186	100	53.8%	102	54.8%	1.1%	106	57.0%	2.2%	107	57.5%	0.5%
INTITUCIONAL	Infraestructura	874	664	76.0%	669	76.5%	0.6%	670	76.7%	0.1%	681	77.9%	1.3%
INTITUCIONAL	Dotación	501	384	76.6%	409	81.6%	5.0%	412	82.2%	0.6%	425	84.8%	2.6%
INTITUCIONAL	Medicamentos	163	101	62.0%	105	64.4%	2.5%	108	66.3%	1.8%	117	71.8%	5.5%
INTITUCIONAL	Procesos prioritarios	428	156	36.4%	203	47.4%	11.0%	207	48.4%	0.9%	257	60.0%	11.7%
INTITUCIONAL	Historia clínica	141	96	68.1%	104	73.8%	5.7%	104	73.8%	0.0%	110	78.0%	4.3%
INTITUCIONAL	Interdependencia	95	66	69.5%	71	74.7%	5.3%	71	74.7%	0.0%	71	74.7%	0.0%
INTITUCIONAL	Total	2388	1567	65.6%	1663	69.6%	4.0%	1678	70.3%	0.6%	1768	74.0%	3.8%

Se aplicó un instrumento para la verificación en cada uno de los servicios, revisando en total 2.388 ítems a todo el hospital, obteniendo un cumplimiento del 65.6%, tras la implementación y seguimiento de los planes de mejora se alcanzó un cumplimiento de 74%.

b) Auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios: Para llevar a cabo la implementación del programa, se realizaron reuniones durante todo el año con los líderes de diferentes áreas y procesos, en las cuales se indicaba la forma y los instrumentos a utilizar para desarrollar cada etapa del ciclo PAMEC; en la reunión inicial se conformaron equipos de trabajo con el fin de realizar la autoevaluación frente a los diferentes grupos de estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, luego de realizar la autoevaluación, se realizó la selección y priorización de procesos a mejorar con el uso de la matriz de riesgo-costo-volumen. Al finalizar este ejercicio, quedaron priorizados 5 estándares sobre los cuales se trabajó durante el año.



En la etapa de definición de la calidad esperada, se construyeron indicadores por cada estándar con sus respectivas fichas técnicas, luego, en la etapa de medición inicial del desempeño se ejecutaron diferentes actividades y se construyeron herramientas con el fin de llevar a cabo procesos de auditoría para realizar la medición de los indicadores; de acuerdo con los resultados arrojados en esta medición, se llevó a cabo la siguiente etapa que constó de construir el plan de acción para los procesos seleccionados, después se realizó la ejecución del plan y la evaluación del mejoramiento, es decir, una nueva medición de los indicadores para verificar el mejoramiento; finalmente se desarrolló la etapa de aprendizaje organizacional, que se basó en estandarizar e implementar aquellas acciones o prácticas que tuvieron un impacto favorable en los procesos.

Durante el ciclo PAMEC del año 2023, se identificaron 341 oportunidades de mejora 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 27 acciones de mejora; de las cuales se cumplieron 26 actividades, esto correspondiente a un 96.3% de cumplimiento.

c) Sistema Único de Acreditación: La implementación de este sistema si bien no es obligatorio como Empresa Social del Estado, es decir es que la acreditación en salud es opcional, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad si determina que como entidad pública se debe trabajar en el avance en el cumplimiento de estos requisitos, lo cual se evidencia mediante la primera etapa del cada ciclo del PAMEC, que para la vigencia 2023 genero una calificación de 2.39

d) Sistema de Información para la calidad: Este sistema contempla diferentes indicadores del área asistencial y seguridad del paciente, además de la proporción de usuarios satisfechos, estos indicadores se gestionan mediante estrategias conjuntas y se consolida la información tanto en el cuadro de indicadores como en el archivo plano requerido para el reporte según la resolución 256 de 2016, dichas estrategias han permitido mantener en general la meta de los indicadores de monitoria interna del sistema, presentado el siguiente cierre anual:

NOMBRE DEL INDICADOR	META	DESAGREGACION	1° SEM	2° SEM	ANUAL
Tasa de caídas de pacientes	<2	Hospitalización Total	0,65	0,42	0,54
Tasa de caídas de pacientes	<2	Urgencias Total	0,42	0,23	0,33
Tasa de caídas de pacientes	<2	Consulta externa Total	0,00	0,00	0,00
Tasa de caídas de pacientes	<2	Apoyo diagnóstico y terapéutico Total	0,02	0,05	0,04
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	<4	Hospitalización Total	0,55	1,17	0,86
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	<4	Urgencias Total	0,11	0,09	0,10
Tasa de úlceras por presión	<2	Tasa Total	0,55	0,37	0,46
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	<2	72 horas urgencias Total	0,49	1,42	0,93
Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	<3	15 días hospitalización Total	0,98	0,73	0,86
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	<30	Triage II Total	31,76	32,61	32,15
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	>95	Global Total	97,95	95,17	96,80
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	>95	Fidelización Total	98,88	98,41	98,69

1.2. Gestión financiera y Administrativa

1.2.1 Proceso contable

Desde la Gestión financiera se está recopilando información sobre los procesos financieros existentes, identificando las áreas con posibilidad de mejora, analizando los datos financieros, revisando políticas y procedimientos, y realizando entrevistas con el personal relevante de cada proceso. Teniendo en cuenta esto se plantean varios aspectos importantes en el desarrollo de los procesos transversales al área financiera.

El proceso contable del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro tiene varias finalidades. En primer lugar, permite llevar un registro preciso de todas las operaciones para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas. Además, ayuda a evaluar la eficiencia operativa del hospital, controlar los costos y tomar decisiones a la Administración. También es fundamental para cumplir con las regulaciones y normativas establecidas por los entes de control y vigilancia, así mismo asegurar la disponibilidad de recursos financieros necesarios para brindar servicios de salud con calidad a la comunidad.

En este contexto, es crucial comprender los recursos disponibles, tanto financieros como humanos, y los procesos involucrados en su administración, los cuales describimos a continuación:



1. **Infraestructura tecnológica:** En el año 2023 se da inicio la ejecución del contrato con la empresa Sistemas y Asesorías de Colombia SYAC, para el suministro de licencia e implementación del software misional ERP – HIS Dinámica Gerencial Hospitalaria. Lo anterior con el objetivo de mejorar los procesos misionales y administrativos, integrar la atención de los pacientes de las dos Sedes del Hospital; en cada una de las fases se contó con actividades de Instalación, Capacitación y Parametrización.

Actualmente el Hospital se encuentra en etapa de estabilización luego de salir a producción, lo cual implica revisión y ajustes de los movimientos generados por los registros de atención los cuales se deben perfeccionar hasta lograr un correcto funcionamiento en línea de cada uno de los módulos adquiridos.

El equipo de trabajo de Contabilidad ha tenido una buena adherencia al cambio, y se ha fortalecido a través de las diversas capacitaciones y comunicación efectiva con las demás áreas.

En el proceso contable se consolida la información a través del Software Institucional, el cual funciona en línea con todos los módulos integrados del sistema. Se cuenta con el hardware y las redes de comunicación necesarias para el cumplimiento de las labores en el área.

1. **Recursos Humanos:** El equipo de trabajo contable se conforma de una líder y dos auxiliares contables. Esta área es la responsable de revisar, registrar, clasificar, consolidar todas las transacciones contables que se generan en el Hospital a través del sistema de información, de acuerdo con la legislación vigente.
2. **Normativas y Regulaciones:** El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro se rige por el Régimen de Contabilidad Pública y la entidad reguladora es La Contaduría General de la Nación (CGN), la cual, expidió la Resolución 139 de 2015, por la cual incorporó, el Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores, y que no Captan ni Administran Ahorro del Público, el cual está conformado por: el Marco Conceptual para la Preparación y Presentación de Información Financiera; las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos; los Procedimientos Contables; las Guías de Aplicación; el Catálogo General de Cuentas; y la Doctrina Contable Pública. Dicho Marco Normativo es aplicable a las empresas que no coticen en el mercado de valores, que no capten ni administren ahorro del público y que hayan sido clasificadas como empresas por el Comité El Hospital

San Juan de Dios ESE Rionegro entró a formar parte del denominado Marco Normativo, expedido mediante la Resolución 414 de 2014 y sus modificaciones.

1. **Procedimientos y prácticas contables:** Los procedimientos contables en el Hospital incluyen la contabilización de ingresos por los servicios misionales y no misionales, la gestión de los costos y gastos operativos, y el cumplimiento de las normativas establecidas por las Entidades Reguladoras. Además, se lleva a cabo la elaboración de informes financieros periódicos para informar sobre la situación económica de la Institución y garantizar la transparencia en la gestión de recursos públicos.

Actualmente se ha llevado a cabo una revisión de los manuales y procedimientos que corresponden al área de contabilidad, donde se evidencia que la mayoría de estos están desactualizados y cambian algunas prácticas actuales, las cuales no están alineadas con las normativas vigentes; muchos de los procedimientos carecen de actualizaciones sobre cambios en los sistemas de información y mejoras en las prácticas. La falta de actualización de estos aumenta los riesgos y las no conformidades de los usuarios tanto internos como externos.

En el proceso de Costos, se distribuyen los costos de los servicios misionales y administrativos, asegurando así que se están asignando de manera precisa y sirvan efectivamente para la toma de decisiones a la Administración del

Hospital. Se debe examinar la metodología utilizada para calcular las rentabilidades y eficiencia de los servicios, para así garantizar un posicionamiento en el mercado y la permanencia en el tiempo.



Desde el proceso de Tesorería se revisa la liquidez y el flujo de efectivo del Hospital, a su vez gestiona las cuentas por pagar y las cuentas por cobrar para así optimizar el capital de trabajo y evitar problemas de liquidez. A pesar de la difícil situación que atraviesa el Sector Salud en el país en estos momentos, la Administración del Hospital ha realizado grandes esfuerzos para estar al día en las obligaciones adquiridas tanto con empleados, contratistas y proveedores, no desconociendo que estos últimos se han visto afectados por la falta de liquidez en el Hospital, como consecuencia de esto, existen retrasos en los pagos.

1.2.2 Proceso de costos

Históricamente el Hospital San Juan De Dios ESE de Rionegro – Ant., no ha tenido un software de costos hospitalarios en sus sistemas de información; desde el año 2014 se montó un sistema basado en hojas de Excel, tablas dinámicas y algunos desarrollos propios del área de costos para generar la información requerida y algunos indicadores ; el proveedor del software “ Servinte Clínica “que tuvimos hasta Septiembre /2023 , no ofrecía el módulo de costos en su paquete de servicios ; hoy se obtiene información confiable con la ayuda de desarrollos propios y con datos suministrados en otros módulos que facilitan esta labor; se hacen conciliaciones con otras áreas mes/mes y se generan informes orientando los costos como una herramienta de gestión administrativa y financiera y en la toma de decisiones.

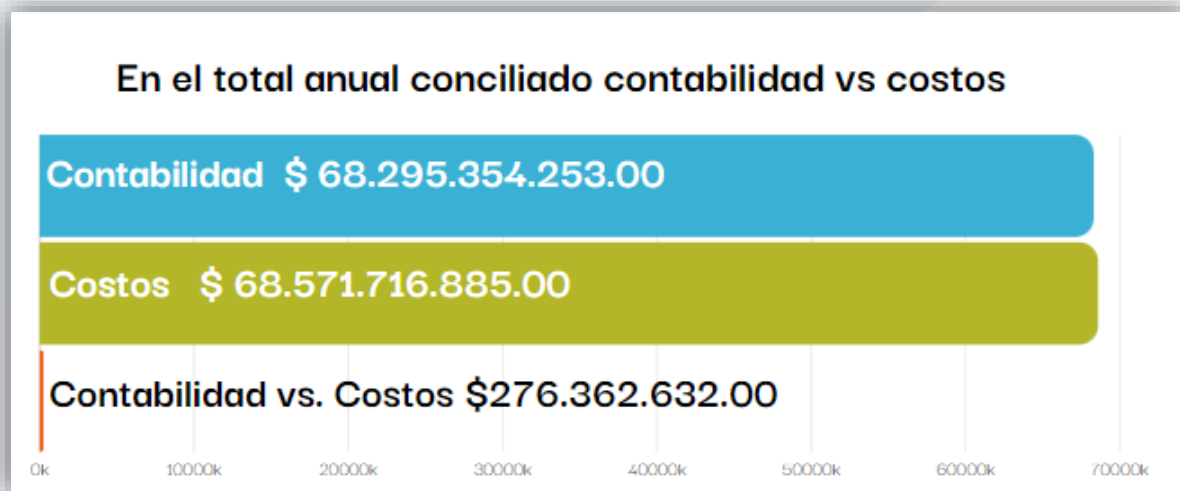
Con el cambio de software a DGH (Dinámica Gerencial Hospitalaria) que se contrató con SYAC (Sistemas y Asesorías de Colombia), se incluyó el módulo de costos hospitalarios integrado a los demás módulos; dada la oportunidad de mejorar la información de costos, esperamos a futuro poder avanzar notoriamente con relación a este proceso.

Los costos de producción por prestación de servicios de salud de nuestra institución están distribuidos aproximadamente de la siguiente manera:

Costos de producción por prestación de servicios de salud



En el total anual conciliado contabilidad vs costos, la diferencia a Diciembre/2023 fue inferior al 0.50 %:



Diferencia porcentual año 2023 contabilidad vs costos ----- 0.40 %

1.2.3 Proceso de facturación

La facturación por venta de servicios de salud es uno de los principales procesos dentro de las instituciones y se define como un conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de servicios que genera la atención de un usuario en una institución, iniciando desde que se solicita el servicio, pasando por la prestación, el egreso, la generación del título valor y la radicación ante las ERP.

Según la normatividad vigente, la calidad de la atención es un requisito fundamental en la prestación de los servicios de salud y es importante desarrollar y estandarizar procesos de facturación de estos servicios que garanticen el flujo de recursos financieros que contribuyen a la sostenibilidad de la institución.

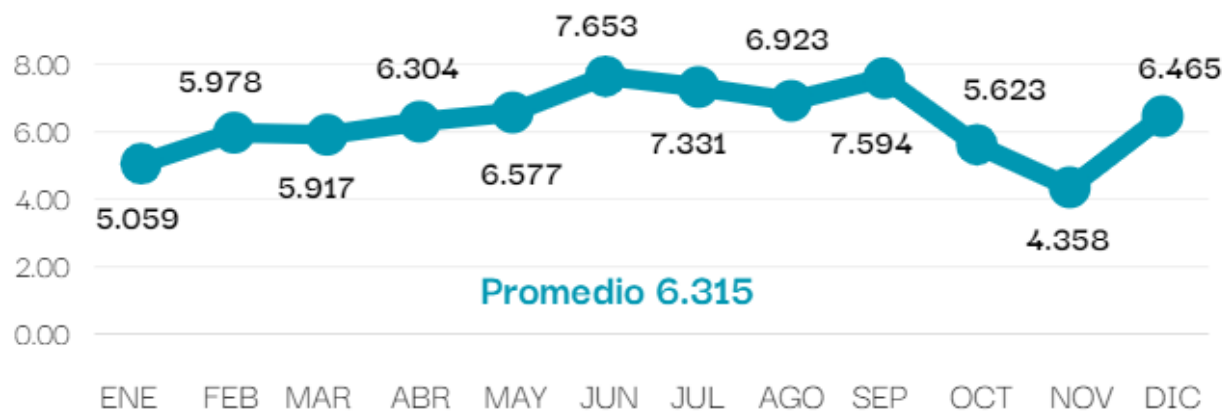
Para no generar inconsistencias en esa sostenibilidad, el proceso de facturación debe poder entregar las facturas oportunamente y de acuerdo con las condiciones establecidas con las ERP.

Bajo este contexto en la actualidad se tiene un atraso importante que pone en riesgo la situación económica de la institución, se cuenta con prestaciones sin facturar desde el primer trimestre de 2023, todo ello sumado a cambio de software en el mes de octubre de 2023 donde se incrementa el número de cargos pendientes debido a errores en la parametrización,

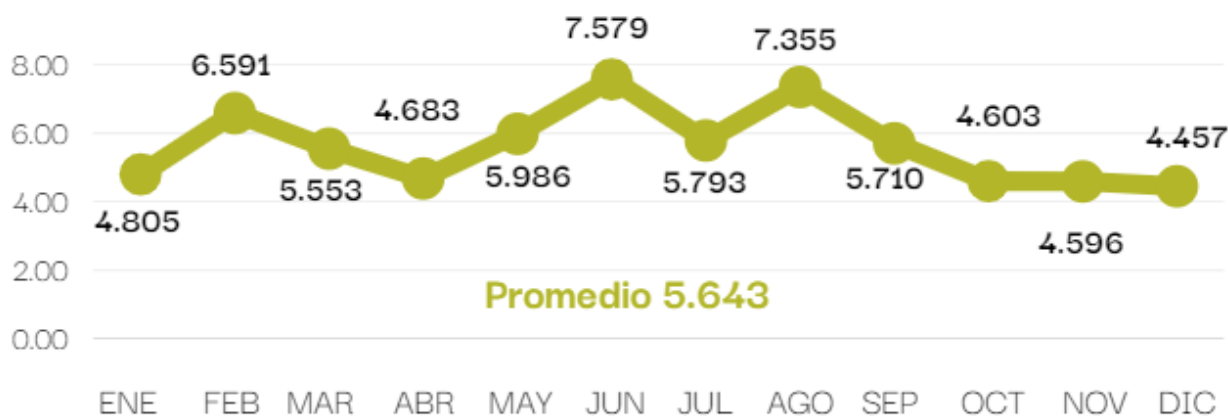
subregistros de medicamentos, ausencias de notas médicas, epicrisis sin confirmar, errores en la admisión, entre otros.

Para el cierre de vigencia 2023 este es el comportamiento del área facturación:

Acumulado de facturación 2023



Acumulado de Radicación 2023



Los cargos pendientes por facturar al cierre de la vigencia fueron:

Informe detallado de cargos sin facturar por vigencia diciembre 30 de 2023
(Auditoria permanente al sistema)

CARGOS PPOR FACTURAR CON CORTE A NOV 30 DE 2023 (SERVINTE)									
SERVICIOS	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	TOTAL GENERAL
Cirugía		\$7,473,009	\$116,646,452	\$75,062,140	\$70,573,054	\$80,468,433	\$67,162,896	\$3,225,035	\$ 420,611,019
Med Interna				\$41,745,476	\$75,829,052	\$73,178,548	\$62,786,568		\$ 253,539,644
Obstetricia	\$101,631,719	\$78,080,199	\$96,525,876	\$96,751,622	\$91,807,930	\$94,677,245	\$99,793,584	\$5,929,578	\$ 665,197,753
Ortopedia		\$63,557,260	\$76,433,887	\$59,031,477	\$48,793,571	\$76,026,481	\$70,811,072	\$15,857,662	\$ 410,511,410
Pediatría	\$54,172,866	\$45,232,101	\$49,604,270	\$32,708,239	\$39,140,243	\$52,123,896	\$59,794,513	\$6,427,169	\$ 339,203,297
Pensionado	\$10,319,301	\$101,410,059	\$9,448,078	\$8,608,369	\$9,033,684	\$19,230,217	\$10,944,325	\$4,316,223	\$ 173,310,256
Quirúrgica		\$7,489,785	\$27,236,942	\$42,518,169	\$43,932,411	\$40,624,278	\$62,142,368	\$5,626,216	\$ 229,570,169
Urgencias	\$174,937,194	\$225,599,009	\$202,320,845	\$232,521,037	\$247,816,765	\$234,160,035	\$195,498,508		\$ 1,512,853,393
Urg. Obstétrica							\$618,441	\$269,062	\$ 887,503
Total General	\$341,061,080	\$528,841,422	\$578,216,350	\$588,946,529	\$626,926,710	\$670,489,133	\$629,552,275	\$41,650,945	\$ 4,005,684,444

En dinámica gerencial pasa un saldo pendiente por facturar de
\$3,776,998,552

Total, pendiente por facturar a diciembre 31 de 2023 \$ 7,691,682,995.74

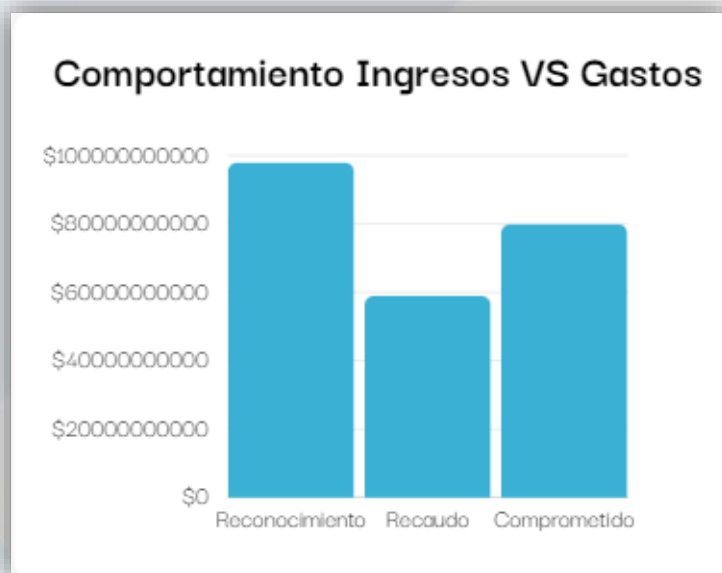
1.2.4. Proceso de presupuesto

El presupuesto público permite al Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro establecer sus objetivos anuales en materia de ingresos, gastos y adquisición de activos, este se aplica por medio del control del flujo de ingresos y la restricción de gastos en función de sus prioridades establecidas en su plan anual de adquisiciones. En el procedimiento de Presupuesto, se analiza la elaboración, ejecución y seguimiento del presupuesto aprobado por el COMFIS y el máximo órgano de Control de la Institución que es la Junta Directiva y a su vez verifica que estos reflejen adecuadamente las necesidades del Hospital y se estén cumpliendo los objetivos establecidos para la prestación de los servicios de salud.

Para el Hospital debido a la situación actual del sector Salud se hizo difícil alcanzar el logro del equilibrio presupuestal dado que el ingreso de la prestación de servicios se vio seriamente afectado y esto generó que nuestros recaudos no alcanzaran el cubrimiento de los compromisos efectuados para dar cumplimiento a la labor misional de la entidad, es decir que nuestros compromisos fueron superiores a nuestros recaudos, esto

debido a la necesidad de adquirir los recursos necesarios para la prestación de los servicios a nuestro usuarios con la intención de brindar la mejor atención posible independiente de la situación presentada.

Es por esto por lo que al finalizar la vigencia 2023 el presupuesto quedo con un déficit fiscal indicando que la facturación fue superior a lo comprometido durante la vigencia, pero el recaudo no cumplió la meta.



En el 2023 tuvimos un proceso de implementación de un nuevo software el cual no se logró cumplir en el área de presupuesto, lo que genero situaciones complejas al trabajar en el software anterior Servinte y de manera manual el último trimestre del año; para la vigencia 2024 entro en funcionamiento presupuesto en Dinámica Gerencial para lo cual a la fecha se están reconociendo las dificultades y abarcándolas de manera inmediata para brindar una información confiable teniendo en cuenta que deben hacerse ajustes dentro del proceso y realizar a la parametrización idónea o tomar acciones frente a la situación.

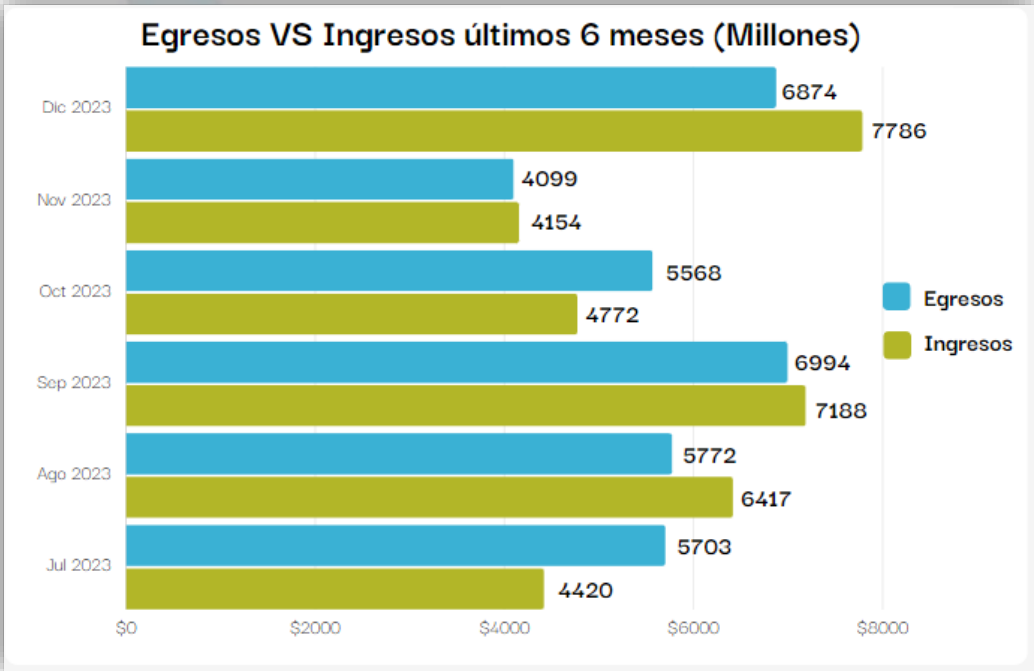
1.2.5. Proceso de tesorería

Al evaluar el estado financiero del Hospital San Juan de Dios como parte del diagnóstico inicial para el plan de gestión 2024-2027, es evidente que enfrentamos desafíos significativos en términos de liquidez y gestión de fondos. Con datos actualizados hasta el 31 de diciembre de 2023, observamos que el hospital tenía obligaciones acumuladas de alrededor de

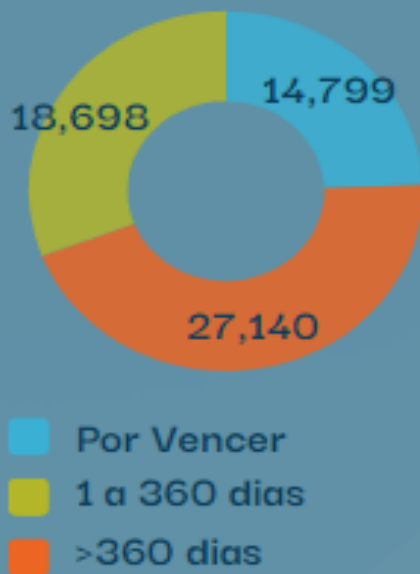
22.900 millones de pesos. Este monto representa una carga financiera considerable que debe ser manejada de manera efectiva para garantizar la viabilidad financiera a largo plazo.

A pesar de los ingresos promedio mensuales de aproximadamente 5.482 millones de pesos, y los gastos promedio mensuales de 5.835 millones, la brecha entre ingresos y gastos sugiere una presión financiera considerable. Esta disparidad puede estar contribuyendo a la acumulación de obligaciones financieras y dificultando la capacidad del hospital para cumplir con sus compromisos financieros de manera oportuna.

Egresos VS Ingresos últimos 6 Meses		
Mes	Egresos	Ingresos
Jul. 2023	\$ 5,703,087,939	\$ 4,420,665,709
Ago. 2023	\$ 5,772,896,552	\$ 6,417,542,928
Sep. 2023	\$ 6,994,226,135	\$ 7,188,245,821
Oct. 2023	\$ 5,568,983,719	\$ 4,772,269,806
Nov. 2023	\$ 4,099,523,873	\$ 4,154,061,841
Dic. 2023	\$ 6,874,213,536	\$ 7,786,248,632



Cartera por edades a dic 2023



Además, es importante destacar que se debe manejar una adecuada programación de pagos que contribuyan a disminuir los problemas de liquidez y evitar la acumulación de obligaciones. La ausencia de un plan detallado para distribuir eficientemente los recursos financieros disponibles puede llevar a situaciones en las que el hospital se encuentre en dificultades para hacer frente a sus obligaciones financieras más urgentes.

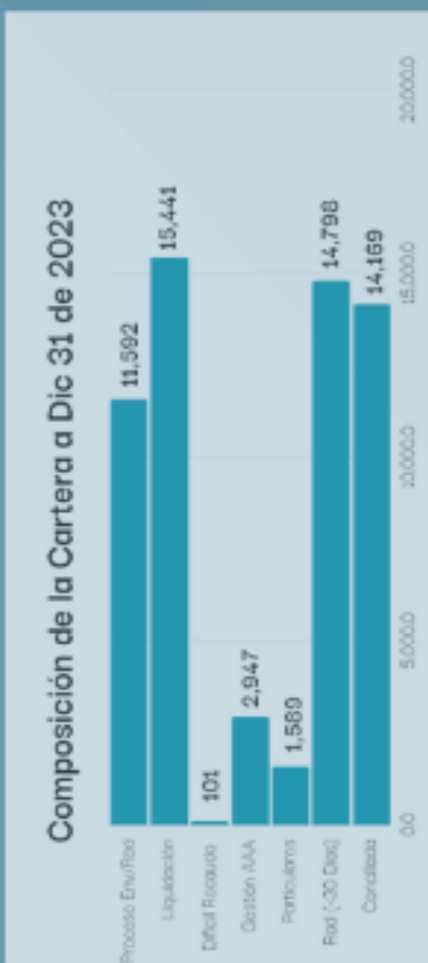
Para abordar estos desafíos y garantizar la sostenibilidad financiera del hospital en el período 2024-2027, es crucial implementar medidas que mejoren la gestión de fondos y flujos de efectivo. Esto incluye una revisión exhaustiva de los procedimientos de recuperación de cartera, una evaluación cuidadosa de los gastos y, fundamentalmente, una adecuada programación de pagos. Estas acciones permitirán al hospital administrar de manera más eficaz sus recursos financieros, reducir la carga de obligaciones acumuladas y garantizar la disponibilidad de fondos

1.2.6. Proceso de cartera

El Área de Cartera y Auditoría Médica tiene como objetivo del proceso es gestionar el recaudo de los servicios facturados para garantizar el flujo de los recursos financieros; mediante mecanismos de circularización y cobro a las diferentes ERP (Entidades Responsables de Pago).

Desde Cartera se concilian permanentemente los saldos con las ERP a las que se les ha prestado servicios de salud; se asiste a las diferentes mesas de trabajo convocadas por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y el Ministerio de Salud para fortalecer el buen relacionamiento y la aclaración de las cuentas para un recaudo efectivo de los servicios facturados. Se realizan los reportes a los diferentes entes de control según la normatividad vigente.

La Gestión de la Glosas y Devoluciones da respuesta a las objeciones presentadas por las diferentes ERP, para obtener claridad en las mismas y en los responsables del pago, para favorecer la recuperación de recursos por los servicios prestados.

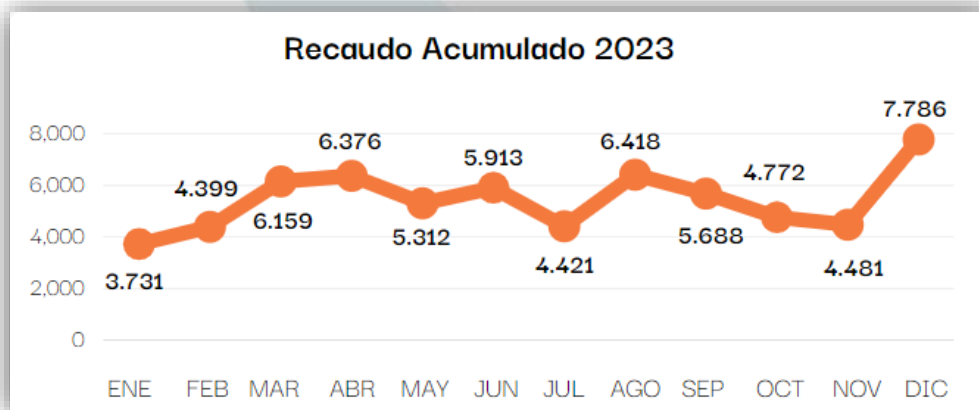


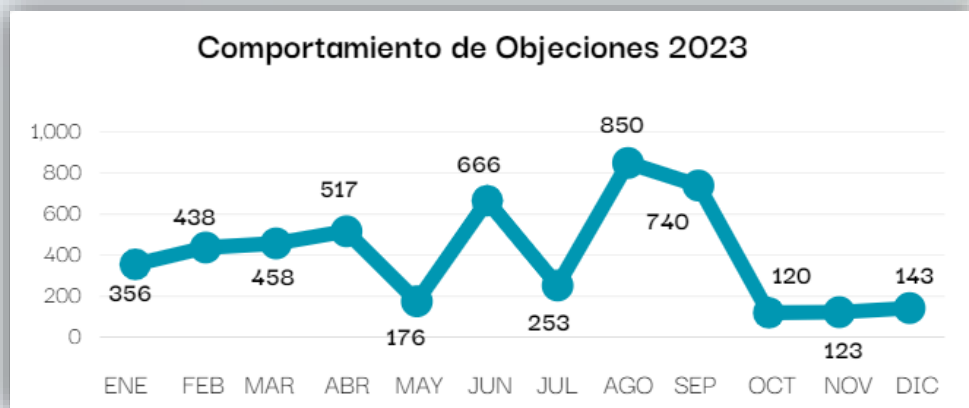
Para poder impactar estos indicadores se hace necesaria retroalimentación constante a las áreas de Contratación para el tema de ajustes en la parametrización de las tarifas pactadas con los diferentes aseguradores; al área de facturación para impactar las glosas por autorización y soportes, y al área asistencial para impactar indicador de pertinencia en la atención.

A diciembre 31 de 2023 la cartera del Hospital San Juan de Dios tiene, cuantías considerables con respecto al monto pendiente por radicar y la cartera mayor a 360 días; es de anotar que de la cuantía mayor a 360 un alto porcentaje está constituido por las empresas en liquidación.

Se hace imperativo impactar el proceso de radicación de cuentas para poder garantizar un flujo adecuado de los recursos teniendo en cuenta que ya está el proyecto decreto de giro directo a las IPS, ESE y demás prestadores del servicio de salud.

Sobre la cartera mayor a 360 se hace necesario plantear un saneamiento de las cuentas sobre las cuales ya opero el fenómeno de prescripción; estos saldos ya están debidamente deteriorados por el área de contabilidad.





1.2.7. Resultados financieros

Liquidez	Indicador	Formula	V. 2023	V. 2022	Interpretación
	Razón Corriente	+ Activo Corriente	\$ 34,483,114,682.00	\$ 31,424,033,017.00	Indica la capacidad de pago de la E.S.E en el corto plazo
		/ Pasivo Corriente	\$ 26,810,605,514.00	\$ 15,293,813,098.00	
		Resultado	1.3	2.1	
	Liquidez Inmediata	+ Efectivo	\$ 1,197,121,833.00	\$ 3,743,500,322.00	Indica con cuantos pesos cuenta la E.S.E por cada peso que debe en el corto plazo
		/ Pasivo Corriente	\$ 26,810,605,514.00	\$ 15,293,813,098.00	
		Resultado	0.0	0.2	
	Rotación de Cartera	+ Ingreso Operacionales	\$ 73,435,218,114.00	\$ 67,869,985,187.00	Indica las veces que ha rotado la cartera en el periodo de análisis
		/ Deudores Cliente	\$ 49,011,487,175.00	\$ 24,717,797,434.00	
		Resultado	1.5	2.7	
	Recuperación de cartera	+ Numero de días periodo	361	361	Indica el promedio cada cuantos días se recauda cartera en la E.S.E
		/ Índice rotación cuentas cobrar	1	3	
		Resultado	361.0	120.3	
	Rotación de los inventarios	+ Inventario	1139284308	2175313587	Indica los días que ha rotado el inventario en el periodo analizado
		/ Costos de Venta	68295354254	63086188621	
		* Días del periodo	361	361	
		Resultado	6.0	12.4	

Apalancamiento	Indicador	Formula	V. 2023	V. 2022	Interpretación
	Endeudamiento Total	+ Pasivo Total	\$ 33,337,602,443	\$ 25,911,104,488	Indica la porción de la E.S.E que corresponde a terceras personas
		/ Total Activo	\$ 145,983,457,270	\$ 125,920,703,288	
		Resultado	22.8%	20.6%	
	Endeudamiento con terceros	+ Pasivo Total	\$ 33,337,602,443	\$ 25,911,104,488	Indica la proporción de la E.S.E que corresponde a terceras personas sin incluir el pasivo laboral
		- Obligaciones Laborales	\$ 2,421,316,694	\$ 3,653,178,150	
		/ Pasivo Corriente	\$ 145,983,457,270	\$ 125,920,703,288	
		Resultado	21.2%	17.7%	
	Rotación de Cartera	+ Ingreso Operacionales	\$ 2,421,316,694	\$ 3,653,178,150	Indica la proporción de la E.S.E que corresponde a los empleados por prestaciones sociales
		/ Deudores Cliente	\$ 145,983,457,270	\$ 125,920,703,288	
		Resultado	1.7%	2.9%	

1.2.8. Implementación de sistemas de información

El hospital ha implementado un sistema de información que actualmente se encuentra en una etapa de estabilización. Este sistema despliega una funcionalidad integral al generar datos administrativos, contables y de producción, los cuales son esenciales para la elaboración de informes y registros en diversas plataformas destinadas a reportar información a las entidades de control pertinentes.

Entre estas plataformas se destaca el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) del Ministerio de Salud y Protección Social, que desempeña un papel fundamental al integrar una amplia gama de datos, incluyendo información contable, presupuestaria, de recursos humanos, infraestructura, indicadores de calidad y producción, entre otros aspectos clave. De este sistema se deriva una ficha técnica anual, que proporciona una visión panorámica completa de la institución y sirve como base para la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado.

Es importante destacar que esta categorización resulta crucial para la evaluación del desempeño y la gestión del riesgo en el ámbito hospitalario, y en este caso específico, la institución se clasificó como de riesgo bajo, según lo establecido en la Resolución 851 de 2023.

Desde el Grupo de Sistemas, se realiza la administración de los sistemas de información institucionales que soportan las actividades asistenciales y administrativas del Hospital, se ejecutan las actividades de coordinación, estudio análisis, evaluación, control, mantenimiento e implementación de

los sistemas de información, de los cuales el de más importancia es el nuevo software misional ERP-HIS Dinámica Gerencial Hospitalaria del Proveedor Sistemas y Asesorías de Colombia SYAC, el cual requiere elevar nuestras capacidades de trabajo en equipo de todos nuestros colaboradores, ya que este sistema realiza interfaz en línea en tiempo real entre los diferentes módulos.

El área de sistemas brinda asesorías, capacitación, acompañamiento y actualización de los diferentes módulos que apoyan los procesos institucionales, desde la visión de integralidad, oportunidad, eficacia, prestamos el servicio de mesa de ayuda, mantenimientos preventivos y correctivos a los diferentes sistemas tecnológicos, gestionando las copias de seguridad de la información misional, evaluamos nuevas soluciones tecnológicas, se procura evitar la obsolescencia y prevenir los riesgos informáticos y realizamos la gestión de los proveedores tecnológicos.



1.2.9. Proceso de Compras

Una compra es una transacción que conlleva un intercambio equitativo en ambas direcciones: el vendedor es el agente que suministra el bien o servicio al comprador, el cual le paga una cantidad de dinero o alguna retribución en especie a cambio.

El proceso del área de compras se realiza inicialmente identificando las necesidades puntuales mensuales de cada servicio para su correcta operación, siguiente a esto se realizan las cotizaciones respectivas por intermedio de la plataforma electrónica OKA System, herramienta de apoyo que permite contar con una mayor cantidad de oferentes, facilitando la transparencia en las adquisiciones y logrando un ahorro a la hora de realizar las compras.

Al adjudicar los medicamentos e insumos por intermedio de la plataforma se consideran aspectos importantes como: marcas específicas en los casos que aplique, precio y tiempos de entrega según la urgencia con la que se necesiten los insumos.

Es de suma importancia tener en cuenta que en la actualidad se presenta dificultad para la adquisición de insumos ya que el contexto de la salud a nivel nacional no está en su mejor momento, lo que ocasionalmente nos lleva a realizar compras a un costo un poco mayor.

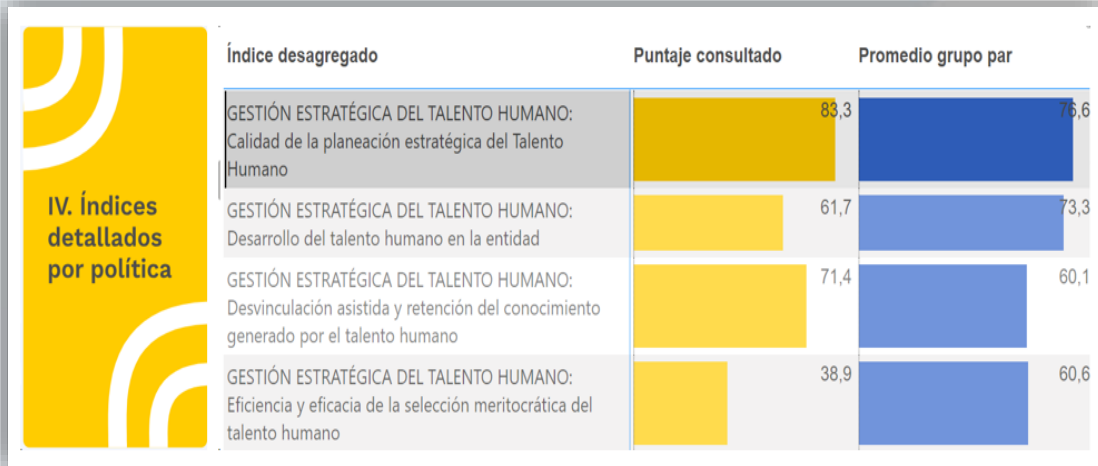
Cabe resaltar que uno de los indicadores de cumplimiento es la adquisición de medicamentos y material médico por intermedio de plataformas electrónicas y/o cooperativas, indicador que debe ser superior al 70% y al finalizar el año 2023 cerró en un 84%.

1. 2.10. Gestión del recurso humano

El Decreto 1499 de 2017 actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) del que trata el Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, y estableció que el nuevo Sistema de Gestión, debe integrar los anteriores Sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales.

La principal dimensión que contempla MIPG es el Talento Humano, identificándolo como el corazón del modelo; esto hace que cobre aún más relevancia ejecutar la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano en donde según medición a través del FURAG, nos arroja resultados muy positivos en cuanto al desempeño dentro de la entidad, teniendo como referente el promedio grupo par, es decir otras entidades del mismo nivel.

Fuente: Medición de desempeño FURAG



De igual forma a través del Plan Estratégico de Talento Humano se da cumplimiento a lo estipulado en la Ley 100 de 1993 en cuanto a la certificación de bonos pensionales, Decreto 1567 de 1998 Plan Institucional de Capacitación, Programa de Bienestar, establecimiento de la planta de personal, medidas de prevención, corrección y sanción del acoso laboral, promoción y regulación del teletrabajo, evaluación del desempeño, plan de incentivos, vinculación a través de meritocracia, sistemas propios de evaluación del desempeño laboral aprobados, Código de Integridad aplicable a los servidores de la entidad, protección integral a la familia, Sistema de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados (CETIL) con destino al reconocimiento de prestaciones pensionales, cumplimiento de lo normado en el Decreto 815 de 2018 en cuanto a lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleados públicos de los distintos niveles jerárquicos, acuerdos de gestión para personal Directivo, manual específico de funciones y competencias.

Obligatoriedad con el cumplimiento de la Resolución 0312 de febrero de 2019, se estipula el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes, cumplimiento de

El área de Talento Humano se articula a través de la subgerencia administrativa y financiera y científica en el desarrollo del personal contratado mediante las diferentes agremiaciones que actúan para cumplir las necesidades de cobertura de la entidad y de nuestros usuarios.

La siguiente tabla describe la interacción con los diferentes actores que convergen en la gestión del talento humano en la entidad:

FORMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Nº DE PERSONAS
ANESTESIAR	14
CARDIOVIDA	23
CIRUJANOS DE COLOMBIA	10
PLANTA	53
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	43
PROSALUD	380
SOGOS	4
TAHUS	2
TOA	6
SINTRAVID	176
OTRAS ENTIDADES DE APOYO	
FORMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Nº DE PERSONAS
ASIS	51
BIOMED S.A.S.	8
PROLAQUIM	6
PROSALUD (PIC)	7
PROSALUD (SEM)	13
SER COLOMBIA	12
THOR	21
TOTAL	829

La entidad, mediante el desarrollo del talento humano en salud, destaca por ser un escenario enriquecedor para la formación en procesos mediante la suscripción de convenios docencia-servicio y cumpliendo lo mandado en el decreto 2376 de 2010.

N	UNIVERSIDAD	VIGENCIA
1	Centro de Educación en Salud - CEDES	27 de julio de 2021 - 27 de julio de 2031
2	Centro de Sistemas de Antioquia - CENSA	18 de julio de 2021 - 18 de julio de 2031
3	Corporación Universitaria Remington	17 de febrero de 2016 - 17 de febrero de 2026
4	Fundación Universitaria San Martín	1 de Junio de 2021 - 1 de Junio de 2031
5	Universidad de Antioquia	12 de noviembre de 2021 - 12 de noviembre de 2031
6	Universidad Católica de Oriente	27 de Abril de 2023 - 27 de Abril de 2033
7	Universidad Cooperativa de Colombia	27 de abril de 2021 - 27 de abril de 2031
8	Universidad de La Salle	27 de Enero de 2021 - 37 de Enero de 2031
9	Universidad Pontificia Bolivariana	30 de junio de 2021- 30 de junio de 2031
10	Universidad Santo Tomás	17 de enero de 2022 – 17 de enero de 2032
11	Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA	12 de noviembre de 2021 - 12 de noviembre de 2031
12	Universidad Nacional abierta y a Distancia	27 de Marzo de 2017 - 27 de Marzo de 2027
13	Universidad Antonio Nariño	31 de Enero de 2020 - 31 de Enero de 2030
14	Corporación Universitaria Minuto de Dios	19 de Febrero de 2018 - 19 de Febrero de 2028
15	Fundación Universitaria María Cano	22 de julio de 2022 - 22 de julio de 2032
16	Universidad EAFIT	19 de mayo de 2022 - 19 de mayo de 2032
17	Universidad Libre	9 de agosto de 2023 - 9 de agosto de 2033
18	Clínica Somer	7 de septiembre de 2023 - 7 de septiembre de 2033
19	Politécnico Suramericana	26 de septiembre de 2023 - 26 de septiembre de 2033

La entidad cuenta con un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, que a través del cumplimiento de la Resolución 0312 de 2019, se compromete a la prevención, protección y atención de los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, ajustándose a las direct

1.2.11. Gestión Ambiental

Desde el área de gestión ambiental del Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro, reconocemos la importancia de fomentar un equilibrio entre la prestación de los servicios de salud y el ambiente, principio que debe ser valorado desde la materialización de las actividades que se generan dentro y fuera de la institución, hasta la entrega final de los servicios a nuestros pacientes y usuarios.

El área de gestión ambiental, toma como referencia los criterios establecidos en la Norma ISO 14001:2015 para el desarrollo de la mejora continua de las estrategias que promuevan, el establecimiento de prácticas que mejoren el desempeño ambiental en todos los niveles de la institución. Por consiguiente, se realiza un seguimiento y control de los aspectos e impactos ambientales que pueden comprometer la salud ambiental del entorno, se revisan periódicamente los indicadores al consumo de los recursos naturales no renovables y se implementan acciones que fortalezca la cultura ambiental institucional.



1.2.12. Comunicaciones

La ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro, tiene como propósito la implementación del plan de comunicaciones que permita fortalecer su imagen institucional, pero sobre todo como marco de referencia para mejorar los procesos de comunicación pública y los sistemas de información de modo que se promueva la transparencia de la gestión, el cumplimiento legal y las estrategias de promoción y divulgación de sus servicios y del proceso de calidad en salud a nivel institucional, además que determine los fundamentos en el marco del proceso y sus metas, así como los contenidos para la obtención de resultados positivos de acuerdo a la caracterización de la institución, de los cuales precisa tres elementos de comunicaciones: el organizacional, el informativo y los medios de comunicación, estos elementos van orientados a la producción, visualización y circulación de la información que se promueva y se emita en la parte interna y externa de la institución, desarrollando una gestión en la comunicación de forma clara, concreta, eficiente, eficaz, oportuna y efectiva.

Esta área se encarga también de la socialización e implantación de las políticas de transparencia acceso a la información y lucha contra la corrupción y racionalización de trámites.

La política de transparencia busca que todas las personas puedan solicitar de forma gratuita la información generada, administrada o en posesión de las autoridades y entidades públicas, quienes tienen la obligación de entregarla sin que la persona necesite acreditar interés alguno ni justificar su uso. En el momento se encuentra en un 72% de cumplimiento.

Para el caso de la política de racionalización de trámites se busca la implementación de actividades relacionadas con la simplificación, estandarización, eliminación, optimización y automatización de trámites y procedimientos administrativos, que busca disminuir costos, tiempos, requisitos, pasos, procedimientos y procesos, mejorar canales de atención. Al momento la política se encuentra en un 33% de cumplimiento.

1.2.13. Sistema de control interno de la entidad

Con el Decreto 1499 de 2017 capítulo 3 Modelo Integrado De Planeación Y Gestión artículo 2.2.22.3.1 Actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG. El Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de

Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI. El artículo 2.2.23.2. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5º de la Ley 87 de 1993.

El artículo 2.2.23.3 Medición del Modelo Estándar de Control Interno. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo.

El Índice de Desempeño Institucional (IDI) es una herramienta que les permite a las entidades públicas hacer un autodiagnóstico y diseñar acciones de mejora. Mide anualmente la gestión y desempeño de las entidades públicas en aspectos como gestión presupuestal, talento humano, transparencia, acceso a la información y gestión documental, entre otras.

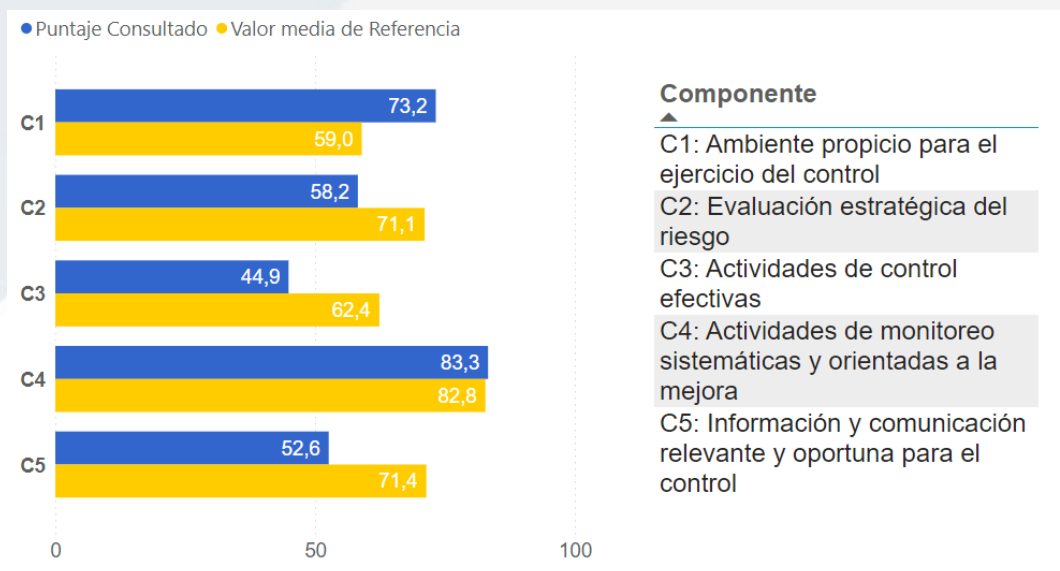
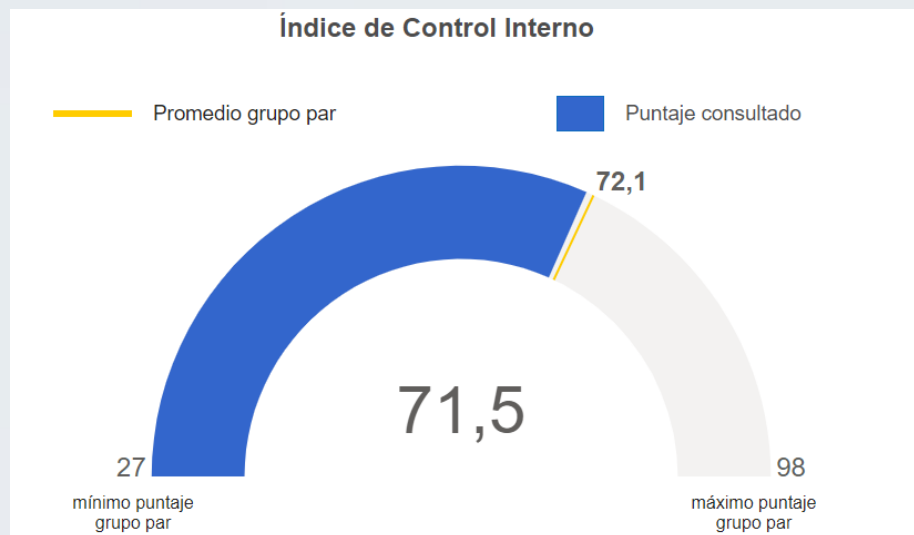
El hospital ha emprendido la implementación del Modelo Integral de Planeación desde que este entró en vigor para las empresas sociales del estado. Este proceso ha sido acompañado por la creación y activación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, una instancia que opera con regularidad, reuniéndose de forma bimensual para abordar asuntos cruciales relativos al progreso y la eficacia de la gestión institucional. En estas reuniones, se participan los responsables directos de cada una de las políticas institucionales del modelo, lo que asegura una representación completa de las diversas áreas de interés y competencia dentro del hospital.

La función principal de este comité es supervisar y dar seguimiento al plan de trabajo anual que se ha diseñado específicamente para avanzar en la medición y mejora del desempeño del hospital. Este plan no solo identifica metas y objetivos clave, sino que también establece una hoja de ruta clara para la implementación de medidas correctivas y estratégicas que impulsen el progreso institucional.

En el último informe emitido por la función pública, se ha revelado que el índice de desempeño del hospital ha alcanzado un 65.6, situándolo en el quintil 3 del ranking. Este dato no solo es un indicador del compromiso y la dedicación del hospital para elevar continuamente sus estándares de calidad y eficiencia, sino que también representa un logro como resultado de un esfuerzo colaborativo y concertado de todo el personal, desde los líderes hasta el equipo operativo.



Frente al índice de control interno generado de esta misma información se determinó que el hospital ha alcanzado un 71.5, situándolo en el quintil 3 del ranking.



1.3. Área de Gestión Clínica o Asistencial

1.3.1. Contratación de prestación de servicios

Dando cumplimiento a los parámetros descritos en el decreto 4747 de 2007 desde el área de contratación de prestación de servicios de salud y en lo referente al artículo 6° del presente decreto contamos con las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y que están reflejadas en los modelos de contratación ofertados en el área

De acuerdo con el modelo de contratación que ofertamos podemos incluir acuerdos de voluntades de Primer, segundo y alguno servicios de Tercer nivel de complejidad para prestación de servicios mediante las siguientes modalidades de pago: por evento, capitación, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

Al presente año 2024 contamos con los siguientes contratos realizados con las aseguradoras y entes territoriales en las modalidades ya descritas; en total son 24 contratos discriminados de la siguiente forma:

Modalidad de Pago	Aseguradora / Ente Territorial
Por Evento	EPS SURA
Por Evento	NUEVA EPS
Por Evento	EPS SANITAS
Por Evento	EPS SAVIA SALUD
Por Evento	EPS MALLAMAS
Por Evento	EPS COOSALUD
Por Evento	RED VITAL-SUMIMEDICAL
Por Evento	POLICIA NACIONAL
Por Evento	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
Por Evento	PROFAMILIA
Por Evento	ARL COLMENA
Por Evento	ARL SURAMERICANA
Por Evento	SEGUROS MUNDIAL
Capitación	EPS SAVIA SALUD
Capitación	DTS ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO
Unión Temporal	RIA VIH - LA MARIA
Unión Temporal	RIA AUTOINMUNE - COHAN
Por Evento	SERVIUCIS SAS
Por Evento	HOSPITAL LA MARIA
Por Evento	HOSPITAL LA MERCED
Por Evento	CLINICA SOMER
Por Evento	CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA

En una visión globalizada del área de contratación podemos determinar que al momento de una negociación contractual nos ha afectado la crisis del sistema de salud y la incertidumbre que esta genera, lo que retiene a las aseguradoras al momento de pactar una negociación, así mismo la competencia del mercado y factores técnicos que se presentan al momento de prestar un servicio de salud, además de las solicitudes que se presentan en el área como la necesidad de la automatización de procesos, mejora en la gestión de datos, y el fortalecimiento de relaciones con las aseguradoras entre otras.

Desde el año 2023 el área de contratación asumió la parametrización de los servicios de salud prestados en nuestra institución en el nuevo software de Dinámica gerencial, algunos de ellos parametrizados desde SYAC, pero que presentaron errores con sus respectivos códigos cups, tarifas correspondientes, homólogos, vigencias y subservicios correspondientes. Todos los días se presta la función de parametrización, ya que hay códigos que necesitan revisión, actualización o complementar la información.

El área cada día sume un gran reto en el enfoque comercial al interior como al exterior del Hospital con un medio tan cambiante, dado que hay fortalecer el relacionamiento con cada Aseguradora y sus diferentes situaciones diarias, manejando el tema desde la Presentación del Hospital con todo su portafolio de servicios, el proceso Contractual incluyendo la revisión de toda la documentación requerida, y el tema pos contractual con el seguimiento del contrato.



1.3.2. Situación asistencial

Este plan estratégico debe contemplar el talento humano como elemento estratégico para el desarrollo del hospital, la gestión clínica excelente y segura centrada en el paciente y su familia y la tecnología, infraestructura y los sistemas de información seguros, el respaldo para alcanzar los objetivos.

La gestión clínica se debe articular con la gestión administrativa para fidelizar a los usuarios, además de dinamizar e innovar en la transformación cultural del hospital necesaria para fortalecer procesos soportados en la oportunidad, accesibilidad, seguridad, humanización y eficiencia.

La planeación estratégica requiere de insumos para su planificación, además de ubicarse en un contexto local, nacional y mundial, frente a políticas y estrategias innovadoras que se convierten en un reto para plantear el desarrollo sostenible del hospital.

Los resultados consolidados de este ejercicio son revisados y aprobados por la junta directiva y gerencia para la puesta en marcha de los modelos de desarrollo del direccionamiento estratégico alineados a la plataforma estrategia, objetivos estratégicos, modelo de atención, valores, derechos y deberes de los pacientes, entre otros.

A continuación, se enumeran los insumos necesarios tenidos en cuenta en el diagnóstico inicial, en muchos casos hay datos incipientes.

- Planeación estratégica 2020- 2024 con el fin de dar continuidad a proyectos ya iniciados o considerados de alto impacto (Informe de gestión Hospital 2023).
- Plan Operativo anual 2024
- Factores históricos que rodean el desarrollo del hospital.
- Cultura y clima organizacional.
- Capacidad innovadora y competitiva
- Datos demográficos de la población objeto.
- Complejidad
- Perfil de morbilidad 2023
- Satisfacción del cliente interno y externo.
- Satisfacción y fidelidad del usuario
- Desarrollo de programas clínicos institucionales
- Desempeño de los procesos y nivel de implementación de los estándares de acreditación.
- Auditorías internas y externas
- Capacidad tecnológica.

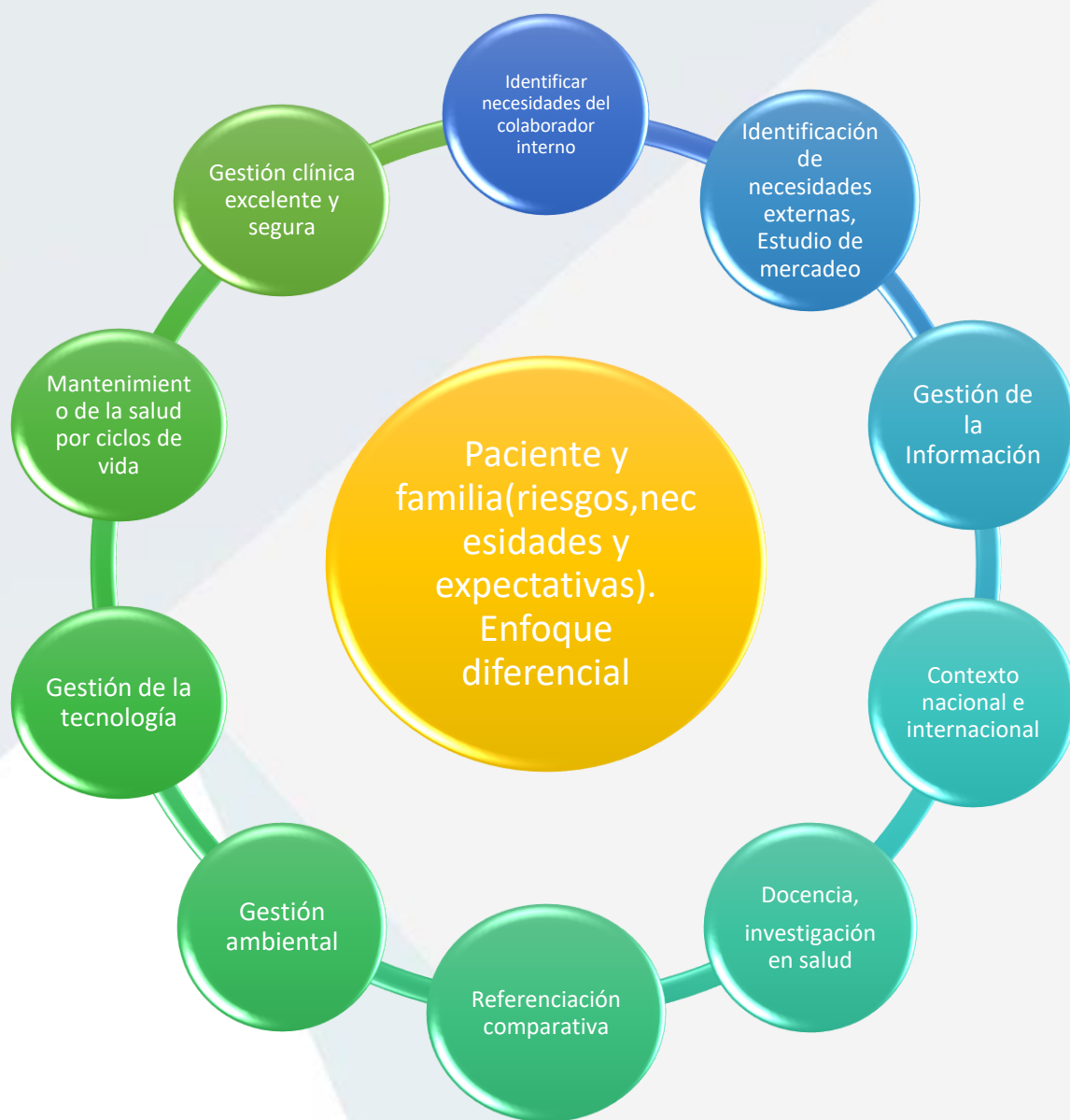
- Indicadores y metas
- Plan de mejoramiento integral.
- Evaluación de proveedores
- Contratación.
- Viabilidad financiera
- Servicios de apoyo tercerizados
- Capacidad directiva, talento humano, sistemas de información,
- Contexto local, nacional y mundial

La subgerencia científica y el equipo de líderes misionales claves en el desempeño de los procesos fundamenta un diagnóstico de gestión estratégica en pilares fundamentales como el talento humano como elemento estratégico para el desarrollo del hospital, la atención excelente y segura centrada en el usuario y la familia y todas las estrategias innovadoras que rodean estos proyectos de vida (gestión ambiental, sistemas de información, bienestar laboral, comunicaciones, docencia servicio, área administrativa, etc.). Además de pensar en pocos proyectos estratégicos pero que estos sean vitales.

El análisis prospectivo de los datos, informes, indicadores y demás insumos analizados nos permite plantear un futuro deseable que depende en gran medida del conocimiento que se tiene sobre las acciones que se desean emprender, además de los temores y anhelos como retos en la planeación.



Algunos apartes de los documentos analizados plantean el enfoque en tres líneas fundamentales (Informe de gestión del 2023) que serán los únicos mencionados en este contexto:



1. Buen trato y calidad de los servicios.
1. Innovación para la salud.
2. Desarrollo institucional para la comunidad.

Para realizar el diagnóstico se tuvo en cuenta todos los grupos de interés que de forma directa o indirecta participan en la atención excelente y segura de los pacientes y sus familias.

Dentro de este contexto operativo se anexa información brindada desde estadísticas vitales sobre resultado de indicadores de producción de servicios (incluye las dos sedes) durante un periodo de 5 años donde es evidente la disminución de partos y de cirugías realizadas.

Variable	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
Camas de hospitalización	122	123	126	126	133
Total de egresos	9185	8168	8507	9096	9140
Porcentaje Ocupacional	85,33	75,19	77,01	83,78	66,54
Promedio días Estancia	4,05	4,1	4,2	4,02	4,32
Giro Cama	75,29	66,41	67,52	72,19	68,72
Consultas Electivas	114337	84567	9925	131551	120025
Consultas de medicina general urgentes realizadas	39515	30851	27732	34666	35550
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	12399	8778	11203	9453	10959
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	11426	8417	7575	6394	6836
Número de partos	2638	2338	2078	1822	1739
% Partos por cesárea	34,87	36,4	36,72	37,76	46,98
Exámenes de laboratorio	271,286	210,006	268,387	259,867	281,485
Número de imágenes diagnósticas tomadas	79,409	53,655	60,127	74,626	73,510
Dosis de biológico aplicadas	18,292	17,885	96,523	51,778	15,573
Citologías cervicovaginales tomadas	2,072	1,334	2,245	2,466	2,226
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2,354	2,467	2,022	2,227	2,806

La cantidad de camas de hospitalización ha experimentado un aumento constante, pasando de 122 en 2019 a 133 en 2023 (incluye las dos sedes) Esto sugiere una expansión de la capacidad del hospital.

Total, de egresos: Aunque hubo fluctuaciones anuales, el total de egresos se mantuvo relativamente estable en torno a los 9,000 pacientes por año.

Porcentaje Ocupacional: La ocupación hospitalaria varió ampliamente, alcanzando su punto más bajo en 2023 con un 66.54%. Esto puede deberse

a una combinación de factores, como cambios en la demanda de servicios de salud y la capacidad del hospital.

Promedio de Días de Estancia: Aunque el promedio de días de estancia mantuvo cercano a 4 días durante la mayoría de los años, hubo un ligero aumento en 2023 a 4.32 días. Esto puede indicar una mayor complejidad en los casos tratados o dificultades en el proceso de alta de pacientes.

Consultas y Cirugías: Se observa una disminución en el número de consultas y cirugías realizadas entre 2020 y 2022, con un ligero repunte en 2023 por parte de las consultas. Esta tendencia podría relacionarse con cambios en la demanda de servicios de salud, restricciones relacionadas con la pandemia u otros factores externos.

Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas: Ambas categorías muestran un crecimiento constante a lo largo de los años, lo que puede reflejar una mayor utilización de tecnologías diagnósticas y un enfoque en la medicina preventiva.



Dosis de biológicos aplicadas: Se observa una fluctuación significativa en la cantidad de dosis de biológicos aplicadas, con un pico inusualmente alto en 2021 seguido de una disminución en los años siguientes. Este fenómeno puede estar relacionado con campañas de vacunación específicas y

disponibilidad de ciertos medicamentos durante la pandemia, sin embargo, sería necesario compararlo con el contexto nacional o departamental.

Otros Servicios: En relación al número de partos y la proporción de partos por cesárea se evidencia en este último una tendencia al aumento, lo que puede indicar cambios en las prácticas obstétricas o en las preferencias de las pacientes. Además, se observa un aumento en el número de citologías cérvico vaginales tomadas y controles de enfermería a lo largo de los años.

Durante el período comprendido entre 2019 y 2023, el Hospital ha experimentado cambios significativos en varios aspectos de su operación. La expansión de la capacidad hospitalaria, evidenciada por el aumento constante en el número de camas de hospitalización, ha sido complementada por un crecimiento sostenido en la realización de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas. Sin embargo, la ocupación hospitalaria ha mostrado una tendencia variable, alcanzando su punto más bajo en 2023. Este período también estuvo marcado por fluctuaciones en el número de consultas y cirugías realizadas, posiblemente influenciadas por factores externos como la pandemia. A pesar de estos desafíos, el hospital ha mantenido un enfoque en la atención integral, como lo muestran algunas áreas de crecimiento, estabilidad y cambio. Esta información es útil para evaluar el desempeño del hospital, identificar áreas de mejora y tomar decisiones estratégicas para el futuro.

2. LINEA BASE INDICADORES

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Observación
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.1	Se realiza ciclo de PAMEC anual que permite trabajar estándares transversales y mejorar la puntuación
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0.96	Durante el ciclo anual se generan las actividades, acompañamiento y seguimiento a las mismas para realizar reporte de cumplimiento en febrero
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0.91	Se realiza seguimiento mensual a los responsables de las

				actividades y se genera información anual.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	RIESGO BAJO	Este indicador no aplica para la vigencia, no obstante, se debe prestar atención a la situación financiera para evitar pasar a Riesgo medio.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)		No se tiene dato oficial de ficha SIHO
	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.	0.84	Se realiza gestión de medicamentos mediante plataforma OKA lo cual da transparencia al proceso de compras de estos insumos
	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	El bajo flujo de caja no permite disminuir la deuda por este concepto a 30 días
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	Se tienen dentro del cronograma de trabajo de la Junta Directiva, garantizando el espacio para presentar esta información
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.73	En los últimos dos años no ha sido posible mejorar este indicador por el bajo recaudo de diferentes vigencias por la situación general de los asegurados y el sistema de salud.
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	Se realiza seguimiento mensual al reporte mediante recordatorios por calendario y correos a los responsables

		Nacional de Salud o la norma que la sustituya.		
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	Se realiza seguimiento mensual al reporte mediante recordatorios por calendario y correos a los responsables
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	Se determinó un médico para realizar la auditoria de adherencia a las guías, en un instrumento en línea que se ha revisado y mejora en el transcurso del tiempo, de igual forma los resultados o desviaciones se han abordado con el médico tratante
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.98	Se determinó una enfermera para realizar la auditoria de adherencia a esta guía, en un instrumento en línea que se ha revisado y mejora en el transcurso del tiempo, de igual forma los resultados o desviaciones se han abordado con el médico tratante
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0.90	Se realiza auditoria por parte de la líder de cirugía y se gestionan los planes de mejora directamente con el coordinador asistencial
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	NO SE PRESENTAN EVENTOS	No se han presentado este tipo de eventos, se lleva un control en la atención de todos los usuarios frente a la implementación de barreras de seguridad.

	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	0.92	Se realiza seguimiento y auditoria de adherencia por un médico, quien hace retroalimentación al personal de salud cuando se presentan desviaciones y fallas en las barreras de seguridad.
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1.00	Se definió un médico para realizar el análisis de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas, el cual se articula con el equipo de seguridad del paciente para la implementación de planes de mejora cuando se identifica un caso de mortalidad prevenible.
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	3.05	Para dar cumplimiento a los indicadores de oportunidad se definió la oferta máxima para cada asegurara y se implementaron procesos de tramite interno, además de una recepción de solicitudes de citas por medio del formulario de la página web, el cual es gestionado acorde a la disponibilidad, capacidad instalada y riesgo.
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	3.77	
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	1.34	

FASE DE FORMULACION

3. LINEAMIENTOS GENERALES

3.1. Área de Dirección y Gerencia

Es importante seguir fortaleciendo la colaboración entre el plan estratégico del hospital y la gobernanza municipal, con el objetivo de beneficiar a la comunidad atendida y las áreas de influencia cercanas. Cada año, es esencial realizar un análisis y socialización de las políticas nacionales en salud en reuniones como el comité directivo y la junta directiva, y luego compartir las conclusiones con el público en general para fomentar la transparencia y la participación ciudadana.

Aunque contamos con un ejercicio anual de autoevaluación de acreditación en el PAMEC, sería beneficioso fortalecer la comprensión de los líderes de procesos sobre la cadena de valor con los estándares superiores, para así mejorar aún más nuestras prácticas.

Además, sería útil contar con un sistema de información integrado que unifique un plan de mejoramiento integral, alimentado por diversas fuentes como PQRS, auditorías internas y externas, rondas de seguridad, indicadores y comités, para facilitar la gestión de los líderes en los procesos y mejorar la toma de decisiones. En general promover la articulación de la planeación y desarrollo de herramientas a todos los niveles, evitando el trabajo aislado de líderes y el desconocimiento por el desarrollo y logro de las otras áreas.

3.2. Área de Gestión Financiera y Administrativa

En el contexto de la gestión hospitalaria, es imperativo que el área Financiera y Administrativa adopte estrategias sólidas para maximizar los recursos financieros y operativos. Este enfoque no solo busca asegurar la eficiencia y rentabilidad a corto plazo, sino también garantizar la sostenibilidad a largo plazo que respalde el desarrollo continuo de la operación del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro. En este sentido, el diseño e implementación de estas estrategias se convierte en pilares fundamentales para optimización de los recursos disponibles, permitiendo afrontar los desafíos actuales y futuros con éxito. Así mismo adoptaremos las principales medidas que se llevarán a cabo en el ámbito financiero y administrativo, con el objetivo de potenciar la eficiencia y rentabilidad de la institución, al tiempo que se garantiza la excelencia en la atención médica y el bienestar de nuestros pacientes y comunidad en general.

A continuación, se describen las actividades que desde el Área de Gestión Financiera y Administrativa se abordarán para cumplir con los objetivos planteados:

- **Control de Gastos:** Llevar un control presupuestal que permita monitorear y ajustar los gastos de manera trimestral, de esta manera generar alertas tempranas para evitar el Riesgo Fiscal y Financiero del Hospital. Adicionalmente realizar un análisis de costos e identificar áreas de optimización y reducción de gastos. Así mismo negociar con los proveedores logrando obtener mejores condiciones y precios en la adquisición de insumos y servicios.
- **Aumento de Ingresos por ventas de servicios de Salud y demás ingresos no operacionales:** Desarrollar estrategias de marketing digital y tradicional, mejorar la presencia en redes sociales y plataformas en línea, para llegar a un público más amplio, para así promocionar los servicios de salud ofrecidos en la institución, tanto a las demás instituciones prestadoras, y la comunidad en general, así mismo se diversifica los servicios ofrecidos para captar nuevos segmentos de Mercado. Capacitar al personal en técnicas de atención al cliente y promoción de los servicios del Hospital.
- **Mejora de Procedimientos Financieros para Facturación y Radicación de las cuentas por cobrar:** Implementar un sistema de gestión integrado, a través de indicadores de seguimiento, que permita agilizar los procesos de facturación y radicación de cuentas, esto va de la mano con la correcta capacitación del personal en el registro de los servicios prestados para evitar reprocesos y demoras en la



generación de la factura. Seguir con las políticas de cobro persuasivo, para reducir los tiempos de pago y así mejorar la liquidez del Hospital.

- **Estándares Eficientes en Procesos Logísticos y de Soporte:** Automatizar los procesos administrativos y logísticos que en la medida de lo posible se puedan, para reducir tiempos y costos operativos. Realizar auditorías internas periódicas para identificar oportunidades de mejora y corregir desviaciones en los procesos. Como una estrategia y acción se proyecta actualizar los procesos contables según las necesidades identificadas, ya que es fundamental para garantizar la integridad, precisión y conformidad de la información.
- **Saneamiento de Pasivos Laborales y garantía Condiciones Dignas y Seguras:** Aunar esfuerzos con las agremiaciones para garantizar que el personal del Hospital tercerizado goce de las mismas condiciones laborales que los demás colaboradores de la institución. Realizar un análisis de los pasivos laborales y diseñar estrategias para su liquidación gradual, siempre y cuando el flujo de caja de la institución lo permita, e implementar medidas para prevenir la acumulación futura de pasivos, realizando revisiones periódicas de contratos y seguir promoviendo políticas de contratación transparentes.

De igual forma, situaciones como la alta rotación de los colaboradores internos puede afectar el aprendizaje organizacional. Para abordar esto, es necesario implementar un modelo articulado entre las diferentes áreas de talento humano que incluya metodologías compartidas. Estas metodologías podrían ser discutidas en encuentros periódicos, donde se propongan estrategias de bienestar laboral que abarquen aspectos económicos, formativos, lúdicos y reconocimientos por mérito, con el objetivo de fidelizar el talento humano. Algunos modelos de referencia podrían ser las empresas familiarmente responsables (EFR).

La historia del hospital, con 235 años de trayectoria, nos muestra como una institución formadora por excelencia. A lo largo de los años, hemos formado a numerosos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y profesionales de diversas disciplinas que recuerdan con orgullo su paso por nuestra institución. Por ello, es crucial certificar nuestras prácticas de docencia ante los entes pertinentes y promover la investigación en salud, conforme a la Resolución 8430 de 1993.

Para fortalecer la formación de nuestros colaboradores, es fundamental mejorar el plan de inducción, reinducción y entrenamiento en temas académicos que contribuyan a la seguridad del paciente. Esto incluye la implementación de guías y el fomento del mejoramiento continuo.

Además, es esencial continuar fortaleciendo y valorando los diferentes programas clínicos del hospital, apoyando una gestión clínica y humanizada. Esto implica contar con personal suficiente y capacitado, herramientas de diagnóstico adecuadas, logística para campañas de promoción y difusión, tanto para el cliente interno como externo, y una asignación presupuestaria adecuada. Entre los programas clave se encuentran el programa de seguridad del paciente, prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud, optimización y uso racional de antibióticos, estrategia multimodal de higiene de manos, vigilancia epidemiológica, implementación de guías de práctica clínica, auditoría médica y gestión clínica, programas de promoción y prevención, rutas integradas de atención, y auditorías de gestión del riesgo.



3.3. Área de Gestión Clínica o asistencial

Aunque el informe de gestión destaca la infraestructura como un logro significativo de las últimas administraciones, es crucial dirigir nuestro enfoque hacia la atención centrada en el paciente y su familia. Ellos, junto con nuestros colaboradores internos, son los verdaderos protagonistas de nuestros procesos y de la cadena de valor. Desde la gerencia, hemos demostrado un compromiso con prácticas seguras como la higiene de

manos y el uso racional de antibióticos. Sin embargo, es necesario fortalecer el impacto de estas medidas mediante la implementación de una estrategia multimodal, ya que nuestra calificación en este ámbito ha disminuido.

Los programas clínicos con los que cuenta el hospital son fundamentales y deben recibir el respaldo necesario para su funcionamiento operativo y logístico. Estos programas contribuyen de manera significativa a la transformación de voluntades establecida en nuestra política de seguridad del paciente.

Es vital gestionar y reconocer las vigilancias hospitalarias, como la farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia y hemovigilancia, como procesos esenciales durante la atención de los pacientes. La falta de rigurosidad en estos procesos aumenta el riesgo de eventos adversos de gravedad.

Para asegurar la eficacia de nuestras iniciativas, es necesario completar el ciclo de los programas o estrategias que implementamos a nivel asistencial. Esto implica realizar una planificación integral que no descuide las estrategias ya iniciadas al introducir nuevas. Empezar muchas actividades sin cerrar o estabilizar las anteriores puede llevar al derroche de recursos y a la pérdida de credibilidad institucional.

Es necesario completar el ciclo de los programas o estrategias que se emprenden a nivel asistencial, realizar una planeación completa donde el inicio de nuevas estrategias no pase a un segundo plano las iniciadas, el empezar muchas actividades sin un cierre o estabilización dentro de su estandarización conlleva al derroche de recursos y pérdida de credibilidad en la institución. De igual forma es indispensable trabajar desde el enfoque, de una forma ordenada garantizando la consolidación de información para evitar la pérdida de conocimiento ante la rotación de personal y evitar que estrategias muy bien pensadas se queden en situaciones anecdóticas de algunos colaboradores.

Como parte de nuestro plan de gestión se enfoca fortalecer la cultura organizacional a través de diversas iniciativas. Implementaremos el programa "El Hospital donde Nací" para fomentar un sentido de pertenencia entre nuestro personal y la comunidad, destacando así la importancia de nuestra institución en la vida de las personas desde su nacimiento. Al mismo tiempo, resaltaremos el liderazgo femenino con el programa "She is my Keeper", reconociendo y empoderando a las mujeres dentro de nuestra organización.

Además, estableceremos un Museo del Hospital como un recurso cultural para la comunidad, mientras fortalecemos nuestra oferta de servicios mediante la mejora del sistema de asignación de citas y la promoción del lema "Hospital más cercano". Buscaremos consolidar convenios docente-asistenciales para enriquecer la formación académica y profesional, y fortaleceremos nuestro compromiso con la seguridad del paciente y la epidemiología mediante un programa específico. Por último, trabajaremos en la gestión de cofinanciación con el gobierno nacional y departamental para garantizar recursos suficientes para la implementación de estas iniciativas y el desarrollo continuo de nuestra institución.



4. LOGROS Y COMPROMISOS

Área de Gestión	No.	Indicador	Logros y compromisos	Actividades generales a desarrollar
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Fortalecer los conocimientos en habilitación de los líderes de procesos misionales con una institución Alinear la gestión del talento humano de la entidad, de acuerdo con las prioridades fijadas en la planeación y direccionamiento estratégico de la entidad. Garantizar el desempeño del talento humano en salud y administrativo, en condiciones de seguridad y salud en el trabajo, alineada a una cultura del autocuidado, salud mental y desarrollo organizacional.	Considerar un asesor de acreditación externo que permita consolidar para este año un diagnóstico global del hospital. Aspirar a la acreditación en salud, galardón hospital seguro y demás reconocimientos que ofrece el medio. Planeación estratégica orientada al desarrollo del talento humano dentro de la entidad con altos niveles de respeto por la dignidad humana tanto para el cliente interno como externo. Estándares mínimos con cumplimiento en norma y acordes a las condiciones físicas. Cultura del cuidado de la salud mental
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Alinear estratégicamente los planes operativos de las áreas de planeación con la visión-misión y el direccionamiento estratégico	Fortaleciendo reuniones de grupos primarios, comités, reuniones de tecnologías en salud, reunión con líderes de las diferentes áreas misionales y administrativas
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Fortalecer la difusión de herramientas de planeación como insumo para la gestión a nivel operativo Desarrollar un proceso participativo en la construcción de planes, programas y proyectos	Estructurar estrategia para la formación a los líderes como gestores de servicios, mediante la socialización y entrenamiento en el manejo de las mismas Generar espacios de interacción directa entre personal operativo, líderes y equipo directivo y junta directiva Fomentar un sentido de pertenencia entre nuestro personal y la comunidad

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Estructurar un organizacional de unidades de negocio estratégico que permita individualizar las fortalezas y debilidades de cada servicio y proceso. Fortalecer el proceso de conciliación de Cartera, glosas y devoluciones.	Articular un departamento o área de mercadeo y comunicaciones encargado de promocionar el hospital. Corregir los procesos de parametrización de tarifas para disminuir este indicador y tener información financiera real de los ingresos. Disminuir los indicadores de glosas y devoluciones para garantizar un mejor flujo de recursos Retroalimentar al personal administrativo y asistencial sobre las principales causales de glosas y devoluciones para impactar el indicador Asistir a todas las mesas de conciliación y aclaración de cuentas convocadas por los diferentes entes de control. Convocar a reuniones virtuales y/o presenciales a los diferentes ERP para conciliación de saldos.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	Generar control periódico del gasto Hospitalario para la racionalización de recursos, la eficiencia, el rendimiento y la productividad de cada uno de los servicios hospitalarios. Establecer plan de contingencia mediante bloques de trabajo para impactar las altas del mes y lo pendiente de otros meses Constituir la Mesa de Análisis Regulatorio del Hospital que garantice un espacio permanente para recopilar, actualizar y sistematizar las normas legales y reglamentarias que hagan relación al sector salud Aumentar la producción y disminuir gastos	Disponer de información oportuna, pertinente y confiable que genere alertas sobre el incremento del gasto y permita generar estrategias para disminuir los consumos innecesarios. Establecer metas mensuales que permitan generar gastos consientes a la situación económica que presenta la institución. Seguimiento permanente a las diferentes tareas orientadas a la actualización, control y manejo de los costos hospitalarios. Establecer metas de facturación mensual alineadas con presupuesto y otras áreas

	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.	Garantizar la adquisición de medicamentos y dispositivos por encima de un 70% a través de plataformas electrónicas y/o cooperativas. Incrementar la pluralidad de oferentes de medicamentos y dispositivos.	Realizar cotizaciones a través de la plataforma OKA System. Adjudicar los medicamentos y dispositivos acorde al precio, tiempo de entrega y marca específica si se requiere. Invitar a los proveedores que quieran tener relación comercial con el hospital a que se inscriban a OKA System.
	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	Mejorar la gestión financiera del hospital para garantizar el cumplimiento oportuno de los pagos a especialistas, agremiaciones, contratistas y proveedores.	Reducir el tiempo de retraso en los pagos a especialistas, agremiaciones, contratistas y proveedores en un 50% dentro de los próximos 12 meses.
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	Fortalecer el proceso sistemas de información estadística para garantizar información oportuna y confiable que respalde las decisiones en la gestión clínica y administrativa de los procesos.	Mejorar la calidad de los insumos de información que se reciben y se generan; buscando un buen manejo en la parametrización de los sistemas de información y actualización permanente de los mismos, de acuerdo con los requerimientos del momento. Suministrar información que permita apoyar los planes de gestión y la toma de decisiones a todo nivel al interior de la institución. Fortalecer la calidad en la captura de los datos
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Optimizar el proceso de cobranza del hospital asegurando la correcta diligencia de los títulos valores "Pagaré". Disminuir la brecha entre el gasto y el recaudo permitiendo generar equilibrio presupuestal	Aumentar la precisión en la diligencia de los títulos valores "Pagaré" en un 90% en los próximos 3 meses. Establecer controles que permitan evaluar trimestralmente el recaudo frente a los compromisos, analizando el

			Mejorar los indicadores de recaudo de acuerdo con la radicación de las cuentas ante las diferentes ERP Mejorar la gestión de fondos del hospital para garantizar la disponibilidad de recursos financieros cuando sea necesario. Dar cumplimiento a la circularización permanente de saldos de cartera y cobro. Maximizar la eficacia de nuestros acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, así como en mejorar continuamente nuestras relaciones con las aseguradoras y entidades territoriales	comportamiento del ingreso y generando restricciones según esta información en el gasto. Mejorar los indicadores de radicación ante las ERP desde el área de facturación. Fortalecer el proceso de cobro persuasivo Implementar un cronograma detallado de pagos que asegure una distribución efectiva y eficiente de los recursos financieros disponibles Establecer calendarios de circularización para las diferentes ERP. Dar cumplimiento a las circularizaciones según normas vigentes.
	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.	Mejorar la integridad y precisión de la información asistencial y financiera del hospital mediante una evaluación y ajuste de los informes que genera el software Dinámica.	Establecer una delegación formal y seguimiento mediante herramienta articulada para el control de la rendición oportuna de los archivos requeridos por los entes de control.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.		
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Rediseñar el enfoque de procesos del hospital, en su estandarización, alcance, responsables	Implementar un proceso sistemático de auditoría de procesos desde auditoría médica y calidad
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Fortalecer y utilizar el mapa de riesgos por servicios que permita de una forma articulada, conocer y priorizar los diferentes riesgos con el liderazgo de enfermería.	Innovar en otro tipo de auditorías como las metodologías Lean que permita establecer impacto en un indicador. Consolidar la ruta de atención materna perinatal con el entrenamiento al personal

			de obstetricia y demás servicios de apoyo en la estrategia de parto respetado
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Estructurar y rediseñar procesos como referencia y contrarreferencia, prealtas, medicina domiciliaria, central de camilleros, alimentación, ropa hospitalaria.	Revaluar la ruta de atención por grupos de riesgo y determinar puntos de control y generación de alertas.
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Fortalecer e interiorizar a nivel operativo el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social	Implementar estrategias dinámicas para el desarrollo de los paquetes instruccionales en todos los niveles de la institución.
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	Estructurar y rediseñar procesos como referencia y contrarreferencia, prealtas, medicina domiciliaria, central de camilleros, alimentación, ropa hospitalaria.	Revaluar la ruta de atención por grupos de riesgo y determinar puntos de control y generación de alertas. Fortalecer los convenios docente asistenciales de modo que generen valor para ambas partes de forma estructurada.
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Fortalecer y utilizar el mapa de riesgos por servicios que permita de una forma articulada, conocer y priorizar los diferentes riesgos con el liderazgo de enfermería.	Revaluar la ruta de atención por grupos de riesgo y determinar puntos de control y generación de alertas.
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Estructurar una estrategia de la demanda de aseguradores acorde con la oferta institucional para garantizar la oportunidad en la atención y disminuir la demanda insatisfecha	Dar continuidad a la implementación de estrategias de trámite interno para promover la disminución de trámites para los usuarios y procurar cumplir con la oferta destinada a los aseguradores. Desarrollar las herramientas tecnológicas para el acceso a citas que permitan agilizar dicho trámite a los usuarios y facilitar la gestión de agenda institucional. Reevaluar e intervenir el proceso de asignación de citas mediante TICs.
19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica		
20	Oportunidad en la atención de medicina interna		

“El HOSPITAL cuenta con riquezas innegables que hay que seguir cultivando y cuidando como son: el capital humano, la infraestructura y el imborrable e entrañable recuerdo de la mayoría de nosotros que nació allí y que siempre lo llevaremos en nuestro corazón y que hemos decidido voluntariamente tenerlo en nuestro proyecto de vida”.

5. COMPROMISOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS DE GESTIÓN

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula	Línea de Base	Estándar propuesto			
					2024	2025	2026	2027
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	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.	0.96	0.90	0.90	0.90	0.90
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del Plan Operativo	0.91	0.90	0.90	0.90	0.90

			anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.					
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[(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)]	Sin dato	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
	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.	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	0.84	≥0,7	≥0,7	≥0,7	≥0,7

			medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.					
	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	[(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)]	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES NEGATIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES NEGATIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES NEGATIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES NEGATIVA
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	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	4	4
	9	Resultado Presupuestal Recaudado Equilibrio con	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	0.73	≥1	≥1	≥1	≥1

			CxP de vigencias anteriores.					
	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.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	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 Diagnostico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	0.98	≥0,8	≥0,8	≥0,8	≥0,8

	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	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 Diagnostico 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 Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia objeto de evaluación	0.98	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$	$\geq 0,8$
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicetomía, 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	0.90	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS

		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)					
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	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.	0.92	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	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	1.00	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$	$\geq 0,9$

			de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación					
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	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	3.05	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
	19	Oportunidad en la atención obstétrica en gineco-	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	3.77	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	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 el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	1.34	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15

FASE DE APROBACIÓN

ACTIVIDAD	ABRIL 2024				MAYO 2024			
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
Planeación construcción proyecto	5 abr							
1. Diagnóstico inicial		16 abril						
1.1. Área de Dirección y Gerencia		12 abril						
1.2. Área Financiera y Administrativa		12 abril						
1.3. Área clínica o asistencial		12 abril						
Consolidado Diagnóstico inicial		16 abril						
2. Lineamientos generales del plan			23 abril					
2.1. Área de Dirección y Gerencia			19 abril					
2.2. Área Financiera y Administrativa			19 abril					
2.3. Área clínica o asistencial			19 abril					
Consolidado Lineamientos generales			23 abril					
3. Compromisos específicos por área				30 abril				
4. Revisión de documento para presentar a Junta					3 mayo			
4.1. Corrección de observaciones						8 mayo		
6. Radicación de proyecto de plan de gestión						10 mayo		
7. Aprobación Plan de gestión								30 mayo

FASE DE EJECUCIÓN

Para llevar a cabo este Plan de Gestión, la Gerente del Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro implementará un enfoque de despliegue en cascada, comenzando desde las Subgerencias Administrativa y Asistencial, así como el equipo Asesor. A través de capacitación y asesoría, se desarrollarán planes operativos por procesos con la colaboración de los líderes de cada área de gestión. Esta metodología tiene como objetivo principal organizar el seguimiento y progreso de las distintas dependencias. El seguimiento de la ejecución de estos planes estará sujeto a una evaluación continua por parte de la oficina de planeación y calidad y la oficina de control interno. Los informes consolidados proporcionados por los responsables serán la base para la elaboración de un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión. Este informe se presentará a la Junta Directiva para su revisión y evaluación en relación con el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Gestión.

FASE DE EVALUACIÓN

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 se presentará la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del periodo 1 de enero a 31 de diciembre de cada vigencia a más tardar el 1 de abril del siguiente año, 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.

