

PLAN DE GESTIÓN 2024-2027

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

DILIAN FRANCISCA TORO

Gobernadora del Valle del Cauca

MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE

Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca

DANIELA GALVÁN OROZCO

Representante de Agremiaciones Científicas Externas

JESUS MARIA RAYO CAICEDO

Representante de Entes Científicas Internas

NORA MALES

Representante Asociación de Usuarios

ALMA VIOLET CAICEDO GIRALDO

Representante de los gremios de producción

EQUIPO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

JUAN CARLOS CORRALES BARONA

Gerente

WILLIAM ROMERO QUINTERO

Sub-Director Científico

NELSON ALEXANDER ORDOÑEZ CAICEDO

Sub- Director Administrativo

ALEJANDRA NAVARRETE SALAMANDO

Jefe Oficina Asesora de Planeación

SANDRA LORENA AGUILAR MUÑOZ

Coordinador de Cirugía

DIEGO ANDRÉS INFANTE CRUZ

Jefe Oficina de Gestión de Calidad

GABY SUSANA HEREDIA RUIZ

Coordinadora de Hospitalización

OSCAR SALAZAR OCHOA

Jefe de Talento Humano

JULIO BAENACAMPO

Coordinador de Urgencias

MARIO GONZALEZ HERNANDEZ

Jefe de unidad funcional de Sistemas de Información

XIOMARA BALTAN ALEGRIA

Coordinador Servicios Ambulatorios

CARLOS ALBERTO CARDONA GIRALDO

Jefe Financiero

BONNY YANETH LOBATON SINISTERRA

Coordinador Ayudas Diagnosticas

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
NORMATIVIDAD	6
DIVISION Y CARACTERIZACION ESE.....	9
PRODUCCION DE SERVICIOS.....	12
MORBILIDAD	15
ESTADOS FINANCIEROS.....	18
POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	28
GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVÍSTICA.....	30
HOSPITALES VERDES	31
OBJETIVO GENERAL	31
PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	32
LINEAS ESTRATEGICAS	32
PRINCIPIOS INSTITUCIONALES	33
VALORES INSTITUCIONALES	33
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	34
MAPA DE PROCESOS.....	35
ELABORACIÓN	35
METODOLOGÍA.....	35
PREPARACIÓN.....	36
FORMULACIÓN.....	36
APROBACIÓN	68
MONITOREO Y EVALUACIÓN	68

INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión representa el instrumento clave de acción para la Gerencia de la E.S.E. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo durante el periodo 2024-2027. Su objetivo principal es identificar la situación actual de la institución y establecer los logros esperados en el cuatrienio. Para ello, se definen actividades y metas de gestión y resultados en colaboración con la Junta Directiva, alineadas con la estrategia institucional del hospital.

Este proceso se lleva a cabo en cumplimiento de los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011, los cuales son reglamentados por las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas normativas establecen las condiciones y la metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del ámbito territorial, así como su evaluación por parte de la Junta Directiva. Asimismo, abordan aspectos relacionados con la dirección y gerencia, viabilidad financiera, eficiencia financiera, gestión clínica y asistencial, reporte de indicadores de calidad y eficiencia en la prestación de servicios, y cumplimiento en el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Los compromisos acordados facilitarán la orientación del Hospital en la definición de sus planes operativos, la asignación de recursos, tiempos y responsabilidades, lo que contribuirá al cumplimiento del plan de gestión por parte de la gerencia y permitirá un seguimiento efectivo por parte de la Junta Directiva.

NORMATIVIDAD

El presente plan de gestión gerencial, se estructura en el marco de la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, promulgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad, los cuales incluyen entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados; en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica o Asistencial, así como los compromisos incluidos en convenios suscritos con la nación y con la entidad territorial, además del reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Constitución Política de Colombia 1991

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

Ley 1122 de 2007: Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

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. (...)

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 esta, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la 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.

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 1 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 (15) días hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactoria 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.

Ley 1751 de 2015: Ley estatutaria en salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1797 de 2016: por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Decreto 357 de 2008: Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

Decreto 4107 de 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Resolución 1043 de 2006: Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.

Resolución 2181 de 2008: Por medio de la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicio de salud de carácter público.

Resolución 710 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 gerentes de ESE

Resolución 743 de 2013: Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 408 de 2018: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones

Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

"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 10 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".

DIVISION Y CARACTERIZACION ESE

CAPACIDAD INSTALADA DE LA ESE

GRUPO	CÓDIGO	NOMBRE	CANTIDAD	PLACA/OBSERVACIÓN
AMBULANCIAS	15	Básica	1	OCL956
	16	Medicalizada	1	OBK314
	16	Medicalizada	1	ONL370
CAMAS	1	Pediátrica	25	Hospitalización
	2	Adultos	63	
	49	Intermedia Adultos	2	
	52	Intensiva Adultos	14	
CAMILLAS	28	Observación Pediátrica	7	Urgencias
	61	Observación Adultos Hombres	20	
	62	Observación Adultos Mujeres	21	
CONSULTORIOS	29	Urgencias	5	
	31	Consulta Externa	12	
SALAS	25	Procedimientos	3	
	46	Sala de Cirugía	5	

HABILITACION DE SERVICIOS

No.	GRUPO	CÓDIGO	NOMBRE
1	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES
2		746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL
3		744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
4		742	DIAGNÓSTICO VASCULAR
5		740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE
6		739	FISIOTERAPIA
7		729	TERAPIA RESPIRATORIA
8		728	TERAPIA OCUPACIONAL
9		714	SERVICIO FARMACÉUTICO
10		712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
11		706	LABORATORIO CLÍNICO
12	Atención Inmediata	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
13		1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
14		1102	URGENCIAS
15	Consulta Externa	323	INFECTOLOGÍA
16		411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
17		410	CIRUGÍA ORAL
18		387	NEUROCIRUGÍA
19		372	CIRUGÍA VASCULAR
20		369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
21		367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
22		365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
23		361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
24		355	UROLOGÍA
25		347	REHABILITACIÓN ORAL
26		345	PSIQUIATRÍA
27		344	PSICOLOGÍA
28		343	PERIODONCIA
29		342	PEDIATRÍA
30		340	OTORRINOLARINGOLOGÍA

No.	GRUPO	CÓDIGO	NOMBRE
31		339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
32		338	ORTODONCIA
33		337	OPTOMETRÍA
34		335	OFTALMOLOGÍA
35		334	ODONTOLOGÍA GENERAL
36		333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
37		332	NEUROLOGÍA
38		330	NEFROLOGÍA
39		329	MEDICINA INTERNA
40		328	MEDICINA GENERAL
41		325	MEDICINA FAMILIAR
42		320	GINECOBSTETRICIA
43		316	GASTROENTEROLOGÍA
44		311	ENDODONCIA
45		308	DERMATOLOGÍA
46		306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
47		304	CIRUGÍA GENERAL
48		302	CARDIOLOGÍA
49		301	ANESTESIA
50		Internación	134
51	133		HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR
52	107		CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS
53	130		HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
54	129		HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
55	Quirúrgicos	245	NEUROCIRUGÍA
56		233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
57		217	OTRAS CIRUGÍAS
58		215	CIRUGÍA UROLÓGICA
59		214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA
60		213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
61		211	CIRUGÍA ORAL

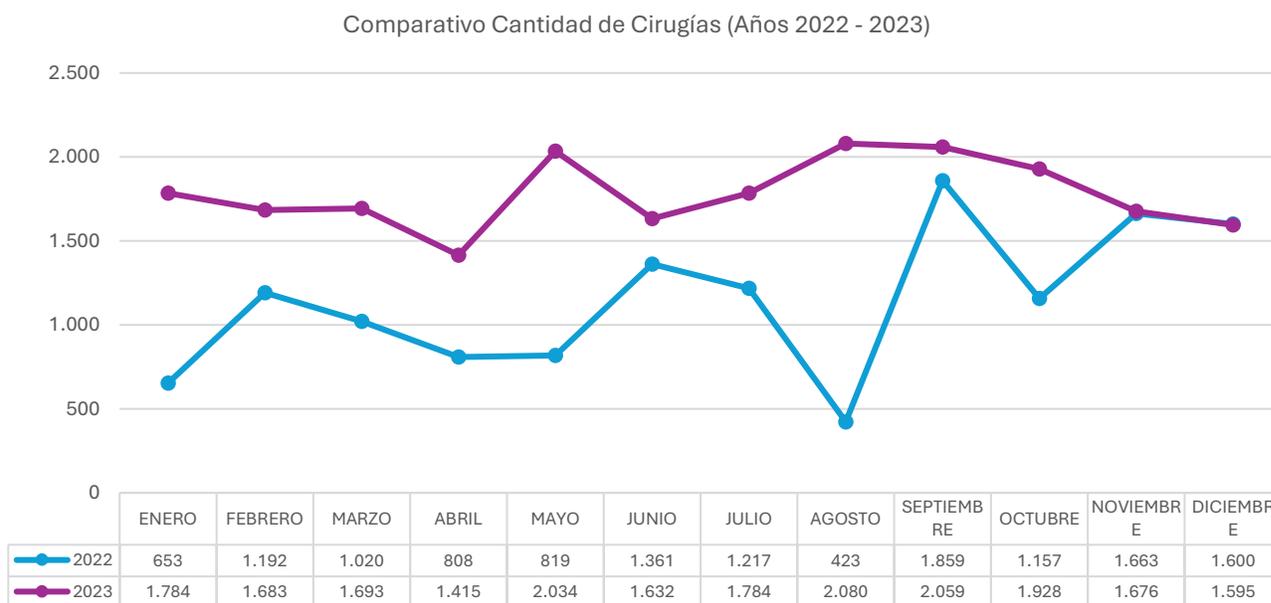
No.	GRUPO	CÓDIGO	NOMBRE
62		209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA
63		208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA
64		207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
65		205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
66		204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
67		203	CIRUGÍA GENERAL

Fuente: REPS

PRODUCCION DE SERVICIOS

A continuación, se relacionan la producción por servicios

- **Cirugía**



Fuente: Rips Hospital Departamental Mario correa Rengifo

El servicio de cirugía experimentó un notable impulso durante el último periodo administrativo, especialmente en los últimos dos años. Al comparar los datos año tras año, se observan incrementos significativos. Por ejemplo, la comparación entre el año 2022 y 2023 revela un aumento del 55%. Estas cifras reflejan una respuesta efectiva a la creciente demanda de servicios quirúrgicos por parte de la comunidad usuaria. En el último año, se reabrieron dos quirófanos adicionales y se implementó la atención

los fines de semana a través de programas específicos, ya que anteriormente solo se realizaban cirugías de urgencia.

El servicio de cirugía general se vio beneficiado por la gestión de la gerencia para la ejecución de proyectos de adquisición de equipos biomédicos. Esto se logró gracias a la asignación de recursos por parte de la Secretaría Departamental de Salud. Como resultado de esta gestión, se adquirieron equipos vitales para la atención quirúrgica, incluyendo una torre de laparoscopia y un láser para procedimientos urológicos. Además, se adquirió una torre para endoscopia, lo que también representó un aumento significativo en los últimos dos años.

- **Hospitalización**

CONCEPTO	2022	2023
Camas Disponibles (Promedio)	98	102
Numero de Egresos	6166	7573
Promedio Días de Estancia	6	6
Porcentaje Ocupacional	84%	84%
Giro Cama	5	5
Numero de Defunciones	184	226
Porcentaje de Mortalidad	3%	3%

Durante los años 2022 y 2023, se realizó la apertura de 10 camas adicionales para el área de medicina interna. En este período, el número de egresos aumentó comparando el año 2022 con el 2023 en un 37% y 23%, respectivamente.

Es importante destacar que, durante los años 2022 y 2023, se mejoraron los resultados, los indicadores y la resolutividad, lo que resultó en una mayor participación en el mercado y en la prestación de servicios de salud a diferentes EPS. Esto se tradujo en una mejora en la facturación. Además, se mantuvieron los indicadores a pesar del aumento de estancias sociales y las dificultades en los procesos de remisión y complementación por parte de la red de salud de la ciudad.

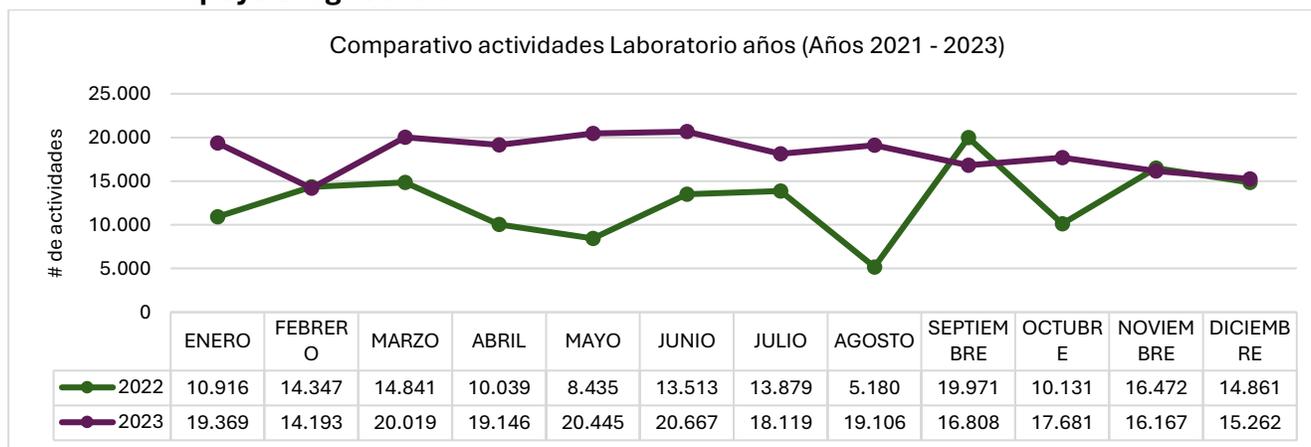
Servicio Ambulatorio:

El servicio ambulatorio ha experimentado etapas de aumento de los servicios debido al incremento de la demanda, la obtención de más horas de especialistas y la incorporación de algunas especialidades nuevas. Al comparar los años 2022 y 2023,

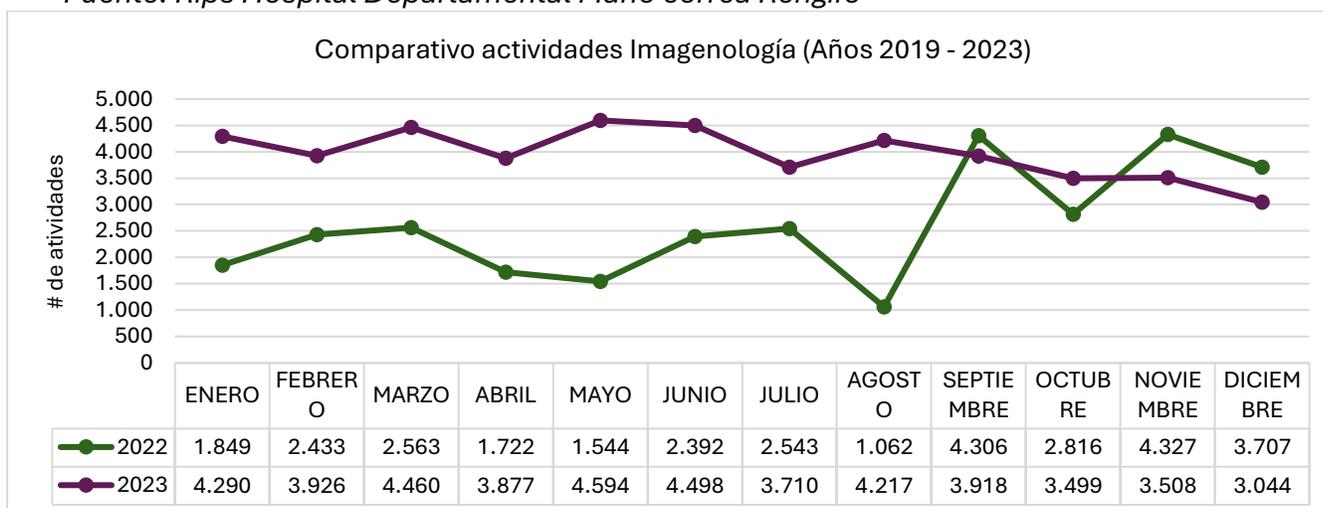
se observa un incremento del 13% respectivamente, lo que ha permitido expandir las actividades finales para la población usuaria. Se destaca especialmente el crecimiento de las especialidades quirúrgicas.

DIAGNOSTICO	2022	2023
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1297	1705
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1378	1384
Otros estados postquirurgicos especificados	768	1204
OTRAS ARTROSIS ESPECIFICADAS	574	1186
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	838	1089
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	583	733
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	552	700
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	368	551
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	628	434
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	239	106
TOTAL	7225	9092

• **Apoyo Diagnostico**



Fuente: Rips Hospital Departamental Mario correa Rengifo

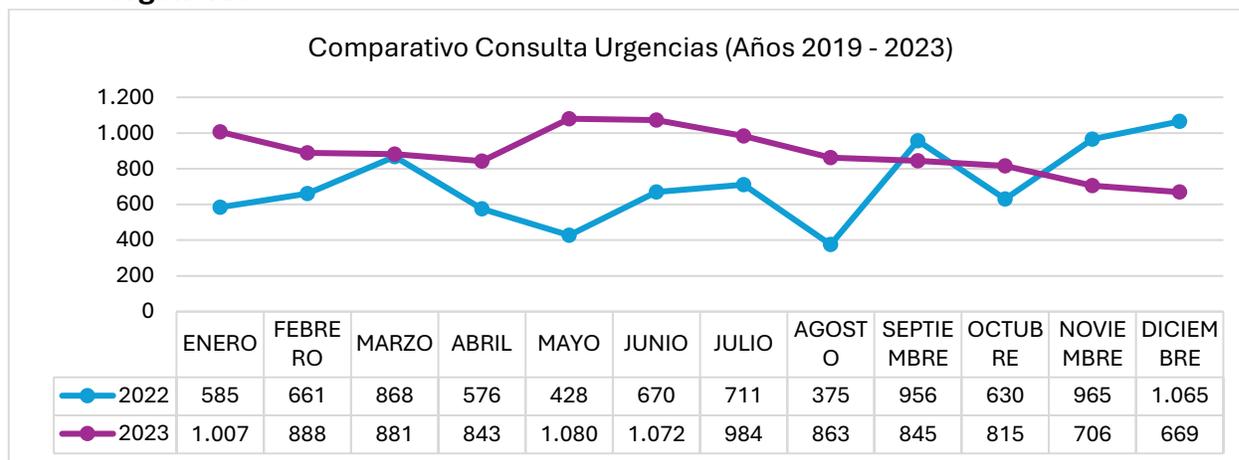


Fuente: Rips Hospital Departamental Mario correa Rengifo

Comparando los años 2022 y 2023 con incrementos del 38%, respectivamente, debido al crecimiento en servicios que se realizó durante ese periodo por parte de la institución, gracias a nuevos convenios con EPS existentes y con nuevas aseguradoras.

En cuanto al apoyo imagenológico, se logró que el proveedor que presta este servicio modernizara el equipo para tomografías, lo que nos ha permitido ofertar imágenes de mejor calidad e incluso TACAR los cuales son importantes para el seguimiento de pacientes, por otra parte, el mamógrafo también fue modernizado.

- **Urgencias**



Fuente: Rips Hospital Departamental Mario correa Rengifo

Durante el periodo, el servicio de urgencias se generaron adecuaciones en los procesos para mejorar la atención en número y calidad. Al comparar los años 2022 al 2023 se observa un crecimiento del 25%. A pesar del área física que es limitada, gracias a mejoramiento en los tiempos de atención que se observan en un mejoramiento del giro cama y una disminución de los tiempos promedios de estancia (5 de giro cama y 2 días promedio estancia).

- **Referencia y Contrarreferencia**

Se ha continuado con el proceso independiente de referencia y contrarreferencia, realizando ajustes para optimizar los tiempos de respuesta de la ambulancia para el traslado de pacientes. Durante este período, se logró la entrega de una nueva ambulancia medicalizada por parte de la Secretaría de Salud Departamental, así como una básica a través del mecanismo de cofinanciación, lo que ha mejorado la respuesta en este servicio.

MORBILIDAD

- **10 Primeras Causas de Morbilidad por Diagnóstico en Urgencias**

El servicio de urgencias es de gran importancia en el hospital, y se han realizado ajustes para cumplir con los tiempos normativos y ofrecer una atención oportuna, de calidad y segura a los pacientes. Entre las principales causas de atención, el dolor abdominal es la primera, explicado en su mayoría por los programas quirúrgicos de la institución, especialmente el de cirugía de urgencias 24 horas, donde se resuelven principalmente patologías quirúrgicas agudas. Le siguen la infección de vías urinarias y la hipertensión esencial, seguidas por los cólicos renales, que son patologías propias de la vocación del hospital, como la atención por medicina interna y urología. Posteriormente, se encuentran las patologías abdominales por la atención quirúrgica, seguidas por el dolor en el pecho, común en las atenciones por medicina interna y en la población adulta atendida en la institución. Finalmente, aparecen patologías propias de la infancia, como la diarrea y la gastroenteritis, e infecciones virales, debido a la atención permanente por parte de especialistas en Pediatría. Es importante destacar el análisis mensual de la causa del dolor en el pecho para detectar casos de infarto e identificar si recibieron la atención dentro de los lineamientos normativos. Por ello, el área de urgencias cuenta con la presencia constante de pediatras y médicos internistas que permitan determinar tratamientos oportunos para los pacientes.

DIAGNOSTICO	2022	2023
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1688	923
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	340	435
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	258	350
COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	124	314
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	422	268
Otros estados postquirurgicos especificados	208	225
DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	242	224
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	184	180
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	116	134
Infeccion viral, no especificada	65	64

FUENTE: Estadística HMCR

- **10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR DIAGNOSTICO EN HOSPITALIZACION**

Basándose en la información generada por el área de estadística, se han identificado las principales causas de egreso hospitalario. Se evidencia que el principal diagnóstico se centra en pacientes postquirúrgicos, lo cual se explica por el enfoque de la institución en los programas quirúrgicos. Este aspecto se refuerza con el funcionamiento del programa de cirugía de urgencias las 24 horas, que permite brindar una atención oportuna a pacientes con traumas o patologías quirúrgicas agudas. Le siguen la neumonía bacteriana y la infección urinaria, que en su mayoría afectan a la población adulta mayor, quienes frecuentemente acuden al hospital. Además, en este ranking se encuentran la diarrea y la gastroenteritis, presumiblemente de origen infeccioso, así como el asma, patologías que afectan principalmente a la población

infantil atendida en la sala de Pediatría. También se incluye el dengue, que, si bien afecta a todos los grupos de edad, afecta en gran medida a los menores de edad atendidos en la institución. Finalmente, aparece la apendicitis, que corresponde a la atención quirúrgica urgente ofrecida por el hospital a la red de servicios de la ciudad y el departamento.

DIAGNOSTICO	2022	2023
OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	358	212
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	207	145
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	129	184
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	158	108
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	133	109
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	235	173
ASMA, NO ESPECIFICADA	128	93
COVID-19 (VIRUS IDENTIFICADO)	59	5
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	118	114
FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	17	64

FUENTE: Estadística HMCR

- **10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR DIAGNOSTICO EN CONSULTA EXTERNA**

En el área de consulta externa las patologías de mayor frecuencia son las del adulto mayor por lo cual se ha fortalecido todas las especialidades que apoyan el manejo de pacientes con patologías crónicas como medicina interna y urología, lo que explica que la primera causa sea la hipertensión esencial. Desde la consulta externa se fortalece los programas quirúrgicos de la institución en las especialidades de cirugía general, ginecología y urología por patologías como hiperplasia prostática, leiomioma, hernias además de ortopedia por patologías como el lumbago y las artrosis.

DIAGNOSTICO	2022	2023
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1297	1705
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1378	1384
Otros estados postquirurgicos especificados	768	1204
OTRAS ARTROSIS ESPECIFICADAS	574	1186
LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	838	1089
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	583	733
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	552	700
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	368	551
INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	628	434
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	239	106

FUENTE: Estadística HMCR

- **Distribución de procedimientos quirúrgicos por especialidades**

Los procedimientos quirúrgicos es uno de los principales servicios del hospital, el cual se ha fortalecido a en los últimos dos años, logrando incrementar la productividad en un 55%; en algunas especialidades el incremento ha sido aun mayor como el caso de ortopedia, cirugía general, endoscopia y ginecología. Otros servicios mantienen su productividad como es el caso de urología, otorrino, dermatología y cirugía plástica. Se reapertura nuevamente el servicio de cirugía maxilofacial que había sido cerrado y que viene en incremento a medida que se produce la promoción y contratación con los aseguradores. Todo lo anterior ha sido el resultado de un trabajo en equipo de la gerencia, subdirecciones, mercadeo y áreas asistenciales para impulsar la atención de estos pacientes. Se han ideado diferentes estrategias para acompañar el paciente en todo su proceso de atención, programación de cirugía, preparación para el momento quirúrgico y todo el post operatorio.

ESPECIALIDAD	2022	2023
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	5438	8511
CIRUGIA GENERAL	3745	5356
ENDOSCOPIA GASTRICA	752	1803
CIRUGIA GINECOLOGICA	706	1244
UROLOGIA	663	725
CIRUGIA UROLOGIA	695	570
NEUROCIRUGIA	345	568
OTROS	1428	2587
Total general	13772	21364

FUENTE: Estadística HMCR

ESTADOS FINANCIEROS

BALANCE GENERAL COMPARATIVO

ACTIVOS

CUENTAS	2023		2022		VARIACION	
	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)
ACTIVOS						
Activos Corrientes						
Efectivo y equivalentes al efectivo	847.984	1.2%	1.961.908	3.1%	- 1.113.924	-57%
Cuentas por cobrar Servicios de Salud	26.723.337	37.5%	28.159.671	45.0%	- 1.436.334	-5%
Otras Cuentas por Cobrar	1.576.619	2.2%	1.843.699	2.9%	- 267.080	-14%
Inventarios	2.152.690	3.0%	2.364.967	3.8%	- 212.277	-9%
Total Activos Corrientes	31.300.630	44%	34.330.245	48%	- 3.029.615	-9%

Activos no Corrientes						
Cuentas por cobrar Servicios de Salud	20.245.366	28.4%	10.082.625	16.1%	10.162.741	101%
Otros activos no corrientes	222.353	0.3%	278.365	0.4%	- 56.012	-20%
Cuentas por cobrar de difícil recaudo	2.416.454	3.4%	2.416.454	3.9%	-	0%
Propiedad, Planta y Equipo (neto)	24.910.035	34.9%	23.235.675	37.1%	1.674.360	7%
(-) Deterioro para cuentas por cobrar	-7.777.928	-10.9%	-7.719.060	-12.3%	58.868	1%
Total Activos no Corrientes	40.016.280	56%	28.294.059	45%	11.722.221	41%
TOTAL ACTIVOS	71.316.910	100%	62.624.304	100%	8.692.606	14%

El Activo Corriente en la vigencia 2023 disminuye un 9%, debido en gran proporción a las cuentas por cobrar, puesto que la recuperación es lenta, haciendo que la cartera se deba trasladar a no corriente al superar los 360 días, así mismo disminuyó la disponibilidad en bancos, dadas la exigibilidad de los pasivos, los cuales se deben atender en la misma medida que el flujo de caja lo permite, y que impide tener saldos libres en los bancos.

Con relación a los activos no corrientes estos presentan un incremento del 14%, apalancado por las cuentas por cobrar, dados los días de cartera que llegan hasta los 360 días. En la actualización del deterioro se presenta un incremento del 1%.

PASIVOS

CUENTAS	2023		2022		VARIACION	
	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)
PASIVOS						
Pasivos Corrientes						
Adquisición de bienes y servicios	10.126.166	31.7%	8.027.663	29.8%	2.098.503	26%
Beneficios a los empleados	3.653.962	11.4%	3.511.083	13.0%	142.879	4%
retencion en la fuente	100.229	0.3%	115.228	0.4%	- 14.999	-13%
Honorarios - Servicios Publicos - Descuentos Nomina	12.610.800	39.5%	10.471.226	38.8%	2.139.574	20%
Otros Pasivos Corrientes	588	0.0%	0	0.0%	588	100%
Recaudos a favor de terceros	1.508.375	4.7%	679.491	2.5%	828.884	122%
Litigiosy demandas	2.945.514	9.2%	3.730.724	13.8%	- 785.210	-21%
Total Pasivos Corrientes	30.945.634	97%	26.535.415	98%	4.410.219	17%

Pasivos no Corrientes						
Provisiones (Litigios y demandas)	1.010.773	3.2%	425.773	1.6%	585.000	137.4%
Total Pasivos no Corrientes	1.010.773	3%	425.773	1.6%	585.000	137%
TOTAL PASIVOS	31.956.407	100%	26.961.188	100%	4.995.219	19%

El pasivo corriente presenta un aumento del 17% con relación al año 2022, apalancado principalmente por la adquisición de bienes y servicios, es importante resaltar la disminución en litigios y demandas.

El Pasivo no corriente presenta incremento del 137%. En esta cuenta se registra las provisiones de procesos judiciales.

El total de los pasivos se incrementó un 19%, dado que las ventas aumentaron un 39%, por consiguiente, se aumenta la demanda en gastos de operación comercial y en servicios de personal indirectos, teniendo en cuenta que el IPC del año cerró en un 9,28%, la TRM en la mayor parte del año estuvo en niveles altos y el ajuste salarial del 14,62%, entre otros factores influyeron en este incremento.

PATRIMONIO

CUENTAS	2023		2022		VARIACION	
	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)
PATRIMONIO						
Capital Fiscal	3.802.207	10%	3.802.207	11%	-	0%
Resultado de ejercicios anteriores	31.860.909	81%	45.867.546	129%	- 14.006.637	-31%
Resultado de ejercicio	3.697.387	9%	- 14.006.637	-39%	17.704.024	-126%
TOTAL PATRIMONIO	39.360.503	100%	35.663.116	100%	3.697.387	10%
TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO	71.316.910	100%	62.624.304	100%	8.692.606	14%

El patrimonio de la entidad presenta incremento del 10%, dado básicamente por el resultado del ejercicio 2023.

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL

CUENTAS	2023		2022		VARIACION	
	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)	(\$000)	(%)
VENTAS	74.429.042	100.0%	53.403.036	100.0%	21.026.006	39%
COSTO EN VENTAS	52.142.319	70.1%	39.508.298	74.0%	12.634.021	32%
UTILIDAD BRUTA	22.286.723	29.9%	13.894.738	26.0%	8.391.985	60%
GASTOS OPERACIONALES	23.099.580	31.0%	26.345.141	49.3%	- 3.245.561	-12%
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	- 812.857	-1.1%	- 12.450.403	-23.3%	11.637.546	-93%
OTROS INGRESOS	10.532.094	14.2%	5.472.915	10.2%	5.059.179	92%
OTROS GASTOS	6.021.850	8.1%	7.029.149	13.2%	- 1.007.299	-14%
UTILIDAD	3.697.387	5.0%	- 14.006.637	-26.2%	17.704.024	-126%
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	3.697.387	5.0%	- 14.006.637	-26.2%	17.704.024	-126%

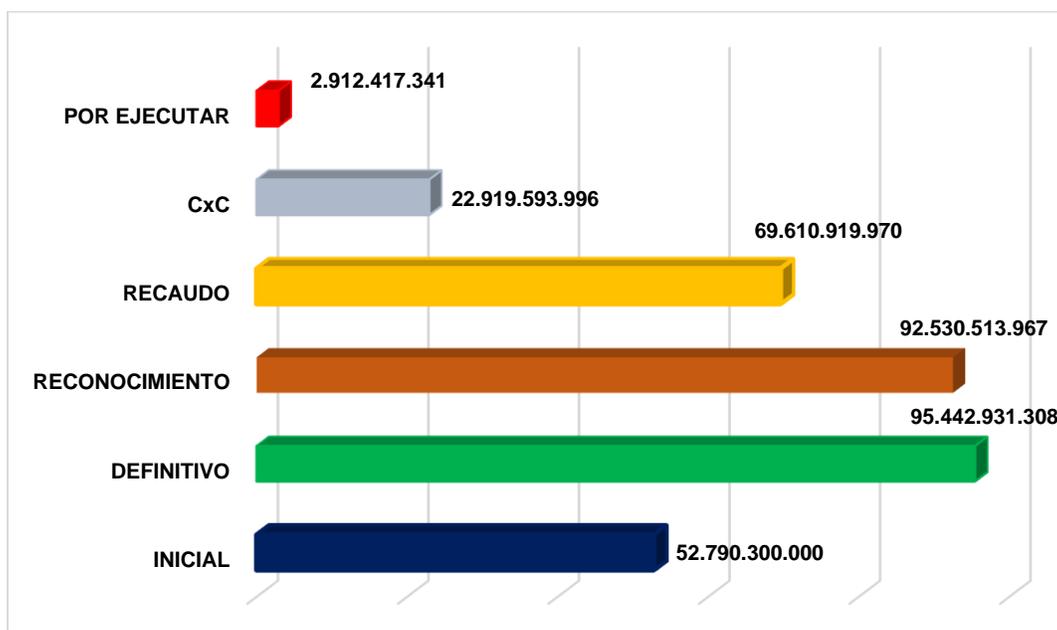
El estado de actividad al 31 de diciembre de 2023 muestra un incremento en ventas del 39%, por su parte los costos aumentaron un 32%, lo que nos arroja una utilidad bruta de 22.287 millones, la cual es absorbida por los gastos operacionales, lo que genera un déficit operacional de -\$813 millones, debido en gran parte al deterioro de cartera (\$1.548 millones).

El resultado del ejercicio (excedente) se da por el apoyo del departamento mediante los convenios interadministrativos, los cuales en el año 2023 registraron un valor de \$5.756 millones, adicional a esto durante el 2023 el Hospital registró como baja de cartera por descuentos del contrato PGP del año 2022 y 2023 un valor de \$2.077 millones, así mismo se saneo la información contable con la entidad Dumian por valor de \$1.798 millones

PRESUPUESTO DE INGRESOS

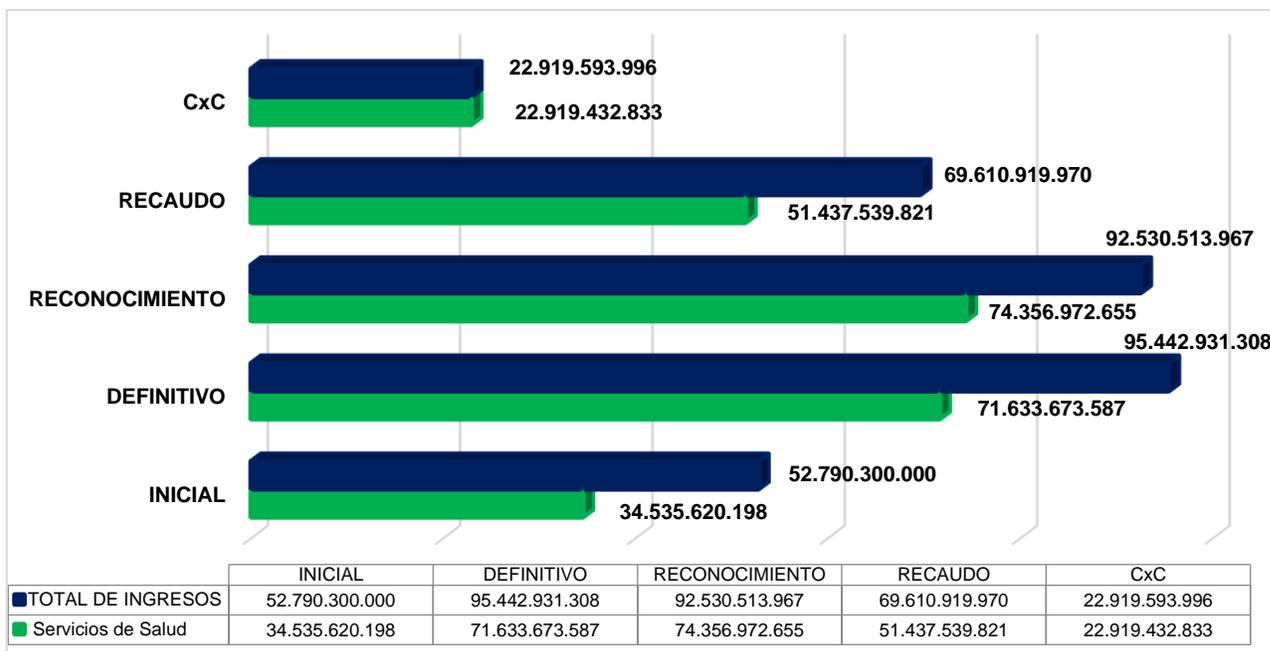
Mediante el acuerdo 029 de 2022 se aprobó el presupuesto para la vigencia 2023 por \$52.790.300.000, al cierre del año 2023 el presupuesto fue de \$95,442,931,307 incrementando un 81% el presupuesto total de ingresos.

Del presupuesto definitivo de ingresos se ha reconocido un 97% (\$92.530.513.967), de los cuales se ha recaudado el 75% (\$69.610.919.970), generando un rezago en cuentas por cobrar de \$22.919.593.996; quedando pendiente de ejecutar \$2.912.417.341.



La participación de las ventas sobre el presupuesto inicial y el definitivo corresponde a un 65% y 75% respectivamente. Sobre los ingresos reconocidos las ventas representan un 80% (\$74.356.972.655).

De \$69.610.919.970 recaudados, \$51.437.539.821 corresponden a ventas de servicios de salud corrientes y \$10.317.025.329 a vigencias anteriores. En las cuentas por cobrar las ventas corresponden a un 99,9%.



INGRESOS 2023-2022

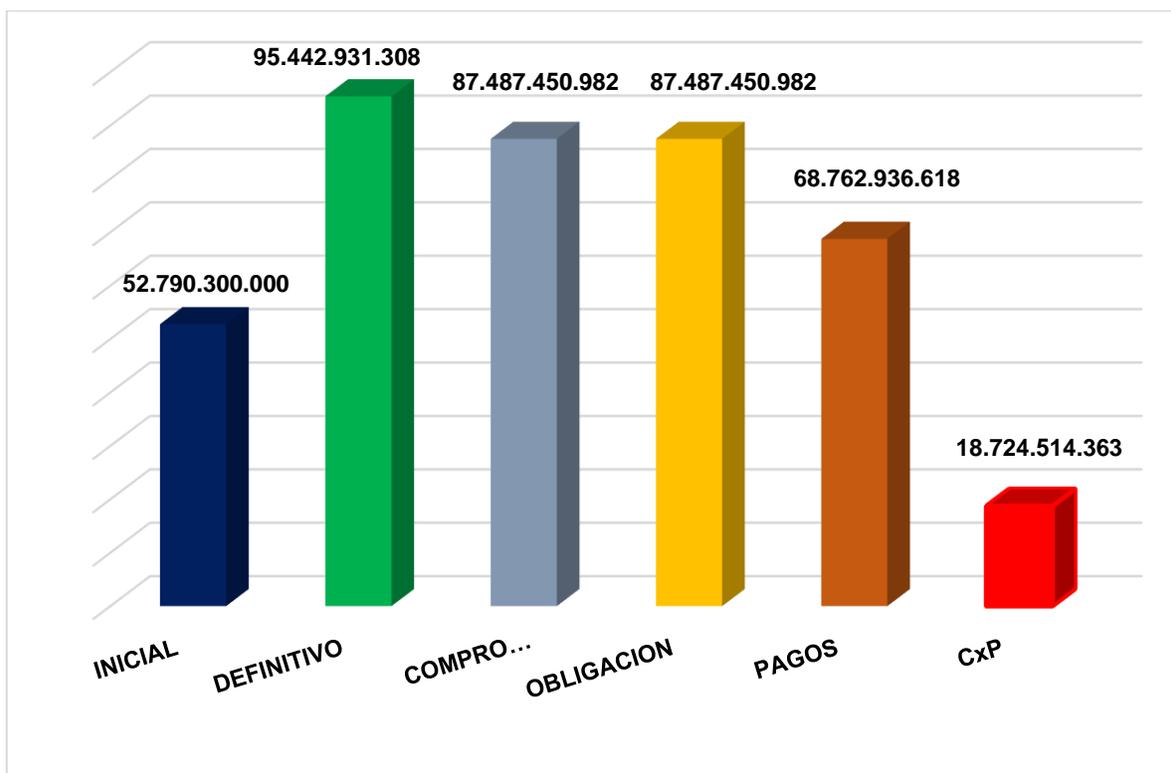
INGRESOS	2022			2023		
	RECONOCIDOS	RECAUDADO	% RECAUDO	RECONOCIDOS	RECAUDADO	% RECAUDO
Disponibilidad Inicial	2.121.490.474	2.121.490.474	100%	1.751.506.318	1.751.506.318	100%
Venta de Servicios de Salud	53.403.036.098	36.552.122.977	68%	74.429.042.258	51.509.609.424	69%
Aportes	110.000.000	110.000.000	100%	0	0	0%
Otros ingresos	2.782.700.300	2.512.034.894	90%	5.919.306.369	5.919.145.206	100%
Ingresos de Capital	221.559.297	221.559.296	100%	113.633.693	113.633.693	100%
Cuentas por Cobrar	13.465.570.431	13.465.570.431	100%	10.317.025.329	10.317.025.329	100%
TOTAL INGRESOS	72.104.356.600	54.982.778.072	76%	92.530.513.967	69.610.919.970	75%

La ejecución de ingresos presenta un comportamiento con tendencia al alza, tanto en el reconocimiento como en el recaudo, los ingresos reconocidos aumentaron un 28% y los recaudos un 27%.

En 2022 del total reconocido se recaudó el 76% y en 2023 se recaudó el 75%. Es de anotar que, frente a los ingresos reconocidos y el recaudo total, el 2023 fue el año de mejores resultados obtenidos en cuanto a cifras globales, puesto que aun con la situación del sistema de salud y el no pago de algunas EPS se logró un recaudo del 75% cuando en el sector este porcentaje tiene a ser inferior.

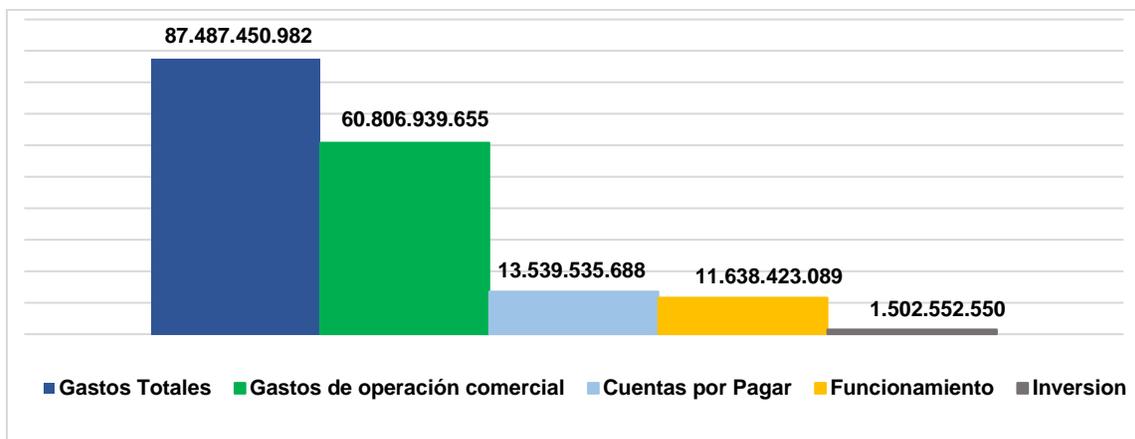
PRESUPUESTO DE GASTOS

Al igual que en los ingresos, los gastos presentan un comportamiento similar en cuanto al presupuesto de gastos inicial y el definitivo, durante el 2023 del presupuesto de gastos definitivo se comprometió el 92%, es decir, \$87.487.450.982, del total comprometido se ha pagado el 79%, lo que genera un rezago de Cuentas por Pagar del 21%, equivalentes a \$18.724.514.363.



Al cierre de 2023 del total de cuentas por pagar del 2022 (\$13.152.935.076), se pagó efectivamente el 95% y el 5% restante paso a ser pasivo exigible de vigencia expirada, que se pagará en 2024. Así mismo se cancelaron \$386.600.612, correspondiente a pasivos exigibles de 2021.

GASTO COMPROMETIDO



GASTOS	2022			2023		
	DEFINITIVO	COMPROMETIDO	%EJEC	DEFINITIVO	COMPROMETIDO	%EJEC
Gastos de Personal de Planta	12.961.812.138	12.893.850.684	99%	14.904.126.438	14.257.005.049	96%
Servicios Personal Indirectos	29.537.790.390	29.246.410.607	99%	42.157.475.799	41.038.894.581	97%
Gastos Generales	7.798.088.767	4.434.957.473	57%	9.818.016.985	5.486.802.221	56%
Transferencias Corrientes	499.887.047	425.720.631	85%	698.625.541	679.690.629	97%
Gastos de Operación Comercial	10.860.254.627	10.037.979.166	92%	12.691.232.140	10.982.970.264	87%
Inversión	562.845.919	530.000.000	94%	1.633.918.715	1.502.552.550	92%
Deuda Publica	2.116.000.000	2.115.872.617	100%	0	0	0%
Cuentas Por Pagar	9.917.359.852	6.699.415.653	68%	13.539.535.690	13.539.535.688	100%
TOTAL GASTOS	74.254.038.740	66.384.206.831	89%	95.442.931.308	87.487.450.982	92%

El resultado fiscal de la operación nos indica un déficit fiscal de \$17.876.531.011 y un superávit presupuestal de \$5.043.062.985 millones de pesos. Comparativamente con la vigencia 2022, el recaudo, los giros de gastos, el ingreso reconocido, los compromisos de gastos, las cuentas por cobrar, las cuentas por pagar y el déficit fiscal presentan una tendencia al alza.

ANÁLISIS DE FACTURACIÓN

Al cierre de la vigencia 2023 el total de la facturación ascendió a \$74.429.042.257, siendo el régimen subsidiado el de mayor representación con un 71.35% de participación sobre el total de la venta de servicios seguido de salud pública con 17.45% y en tercer lugar el régimen contributivo con el 6.05%. El promedio mensual de facturación durante el 2023 fue de 6.202 millones.

FACTURACION VIGENCIA 2023		
REGIMENES	TOTAL	%Part.
SUBSIDIADO	53.102.234.039	71,35%
SALUD PUBLICA	12.989.879.852	17,45%
CONTRIBUTIVO	4.500.856.144	6,05%

OTRAS	2.442.635.459	3,28%
POBLACION EXTRANJERA	1.191.984.154	1,60%
SOAT	201.452.609	0,27%
TOTAL VENTA	74.429.042.257	100%

VIGENCIAS	TOTAL	PROMEDIO
2022	53.403.036.098	4.450.253.008
2023	74.429.042.257	6.202.420.188
2022-2023	39%	39%

La facturación en la vigencia 2023 creció un 39% con respecto de 2022, apalancado principalmente por la negociación de PGP que se realizó con la EPS Emssanar, además del incremento de ventas con Coosalud y Nueva EPS.

ANÁLISIS DE RECAUDO – Sin Disponibilidad Inicial

El año 2023, se convierte en el de mejor recaudo obtenido con \$67.859.413.653, esto sin contar con los recursos de la disponibilidad inicial, pues en conjunto el recaudo total ascendió a \$69.610.919.970.

El régimen subsidiado aportó el 51% del recaudo, seguido de salud pública con el 19% y las cuentas por cobrar en tercer lugar con el 15%.

REGIMENES	ACUMULADO 2023	PROMEDIO MES	PESO %
SUBSIDIADO	34.959.382.599	2.913.281.883	51,5%
CONTRIBUTIVO	1.860.311.837	155.025.986	2,7%
MIGRANTES	-	-	0%
SOAT	46.000.399	3.833.367	0,07%
OTRAS ENTIDADES SALUD	1.654.034.739	137.836.228	2,4%
OTROS INGRESOS	6.032.778.900	502.731.575	8,9%
SALUD PUBLICA	12.989.879.850	1.082.489.988	19,1%
SUBTOTAL VIGENCIA ACTUAL	57.542.388.324	4.795.199.027	85%
CUENTAS POR COBRAR	10.317.025.329	859.752.111	15%
TOTAL RECAUDO	67.859.413.653	5.654.951.138	100%

VIGENCIA	TOTAL	PROMEDIO MES	VAR%	Relación
2022	52.861.287.599	4.405.107.300	4%	2022-2023
2023	67.859.413.653	5.654.951.138	28%	

ANÁLISIS DE CARTERA CLASIFICADA POR RÉGIMEN Y POR EDADES

Las cuentas por cobrar crecieron frente al cierre 2022 un 23%, ubicándose en \$52.198.350.606.

El régimen subsidiado concentra el 67% de este valor, siendo la EPS Emssanar la de mayor peso al ser responsable del 33% del total de la cartera de este régimen.

Frente a las edades, la cartera mayor a 360 días concentra el 46% del total acumulado al cierre 2023 por conceptos de acreencias.

CLASIFICADA POR REGIMENES Y POR EDADES	PTE DE RADICAR	<60	61-90	91-180	181-360	>360	TOTAL	%
SUBSIDIADO	1.618.511.598	8.160.747.664	1.874.734.655	4.367.483.060	6.311.791.504	12.687.662.332	35.020.930.813	67%
CONTRIBUTIVO	425.670.919	661.390.771	58.507.629	217.654.746	1.367.896.946	2.765.282.149	5.496.403.160	11%
OTROS DEUDORES X POR SALUD	96.593.121	70.192.675	20.357.669	130.879.105	408.704.216	1.910.549.258	2.637.276.044	5%
OTRAS CUENTAS POR COBRAR DIFERENTE	-	87.706.857	9.051.302	123.178.926	104.593.656	1.252.088.542	1.576.619.283	3%
SECRETARIAS	393.369.137	445.834.030	21.636.164	269.950.097	426.349.165	3.032.723.176	4.589.861.769	9%
SOAT	49.275.198	55.050.996	-	75.835.397	128.515.998	917.612.682	1.226.290.271	2%
FOSYGA- ADRES	67.205.199	62.979.750	-	57.560.567	110.142.321	1.353.081.429	1.650.969.266	3%
GRAN TOTAL	2.650.625.172	9.543.902.743	1.984.287.419	5.242.541.898	8.857.993.806	23.918.999.568	52.198.350.606	100,00%
%	5,08%	18,28%	3,80%	10,04%	16,97%	45,82%	100,00%	

VIGENCIA	<60	61-90	91-180	181-360	>360	TOTAL CARTERA RADICADA	PTE DE RADICAR	TOTAL
2022	8.776.511.360	2.579.648.127	7.331.268.875	11.278.568.563	10.975.358.579	40.941.355.504	1.561.093.425	42.502.448.929
2023	9.543.902.743	1.984.287.419	5.242.541.898	8.857.993.806	23.918.999.568	49.547.725.434	2.650.625.172	52.198.350.606
Var%	9%	-23%	-28%	-21%	118%	21%	70%	23%

- CATEGORIZACIÓN EN RIESGO**

Actualmente la entidad se encuentra categorizada en RIESGO BAJO según la Resolución 851 de mayo de 2023, por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia 2022.

Variable	Calificación
----------	--------------

Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Riesgo bajo
---	-------------

De acuerdo a la Resolución 2509 de 2012 las Empresas Sociales del Estado del Nivel territorial se podrán categorizar en riesgo alto, medio, bajo o sin riesgo, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes y no corrientes, y será diferencial para aquellas Empresas del Estado del nivel territorial que operan en condiciones de mercado especiales; para el caso del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., la condición de mercado especial no es aplicable.

- **INFORMACIÓN PARA LA CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO**

La categorización de riesgo se soportará en la información presupuestal y financiera reportada con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior al año en que se realiza la categorización, en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y que se encuentre incluida en el reporte anual que se establece dicha norma.

Para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se realice en el año 2024, se tendrá en cuenta la información consolidada de la anualidad 2023, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, la categorización del riesgo de dichas Empresas Sociales del Estado.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. dentro de su modelo de prestación de servicios de salud y alineándose a los cambios normativos establecidos en el decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, además de la plataforma estratégica se hace necesario la actualización de las políticas institucionales para facilitar en los funcionarios su interiorización, conocimiento e implementación de estas.

En la actualidad se cuenta con las siguientes políticas institucionales:

Políticas de Gestión y Desempeño MIPG

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público (En proceso)
3. Compras y Contratación Pública
4. Talento humano
5. Integridad
6. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
7. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
8. Servicio al ciudadano
9. Participación ciudadana en la gestión pública
10. Racionalización de trámites
11. Gobierno digital
12. Seguridad digital
13. Defensa jurídica (En proceso)
14. Mejora normativa (En proceso)
15. Gestión del conocimiento y la innovación
16. Gestión documental
17. Gestión de la información estadística
18. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
19. Control interno

Políticas Institucionales

1. Políticas contables
2. Política de austeridad del gasto
3. Política de administración de riesgos
4. Política SARLAFT
5. Política SICOF
6. Política de humanización
7. Política de seguridad del paciente
8. Política de promoción y mantenimiento de la salud
9. Política de no reusó
10. Política general del SGSST
11. Política prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
12. Política ambiental
13. Política de gestión de la tecnología.

GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVÍSTICA

Para la vigencia del año 2022- 2023, la gerencia a través de la unidad funcional de sistemas de información y el proceso de Gestión documental, actualizó la política de Gestión documental, orientada a establecer y/o armonizar procesos claros sobre producción, uso y acceso a la información para los diferentes grupos de interés, soportada física o electrónicamente, a través de instrumentos archivísticos que permitan administrar de manera continua la información, así mismo con un Programa de gestión documental, un plan institucional de archivo PINAR, un plan de mejoramiento archivístico y en proceso la actualización de las tablas de retención documental.

El servicio archivístico se encuentra en proceso de organización y adecuación, el cual ha avanzado notoriamente en la gestión del levantamiento del inventario documental del archivo central y de los de gestión, con acompañamiento constante y capacitación; actualmente el archivo central presenta un estado de evolución, organización y mejoramiento lo que ha permitido garantizar la custodia de los documentos, al igual que la formalización del proceso en ventanilla única con un desarrollo propio de sus sistemas de información, para recibir, radicar, escanear y direccionar a las diferentes áreas ya sean internas o externas.

Anexo a esto, es importante mencionar que se fortaleció la gestión documental con la implementación del plan interno de mejoramiento archivísticos y la implementación de la política de gestión documental de MIPG. Con corte a diciembre de 2023 se lograron aprobar y socializar procedimientos, programas y manuales propios del proceso, otro de los aspectos claves para el mejoramiento de esta área fue el recambio de las estanterías y la adecuación de la infraestructura del archivo para garantizar y fortalecer la custodia de las historias clínica manuales que hacen parte de los pasivos documentales de archivo del Hospital.

Manual de clasificación Documental

Se encuentra aprobado con el código SINF-M-011-12 Manual de clasificación documental de febrero de 2022, con el objetivo de crear, Identificar y conservar sistemáticamente la información que se genera en soporte físico o electrónico en trámites administrativos, financieros, investigativos o de otra naturaleza que se utilicen en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, estableciendo un Cuadro de Clasificación Documental (CCD) funcional, de acuerdo con las funciones de la entidad.

Este manual permite el registro, control, distribución, identificación, ubicación, localización e incluso el expurgo/eliminación controlada por los plazos de retención documental.

Tablas de retención documental

Las tablas de retención documental tienen fecha de aprobación por el ente territorial mediante el acuerdo número 097 de enero 04 de 2012 e implementadas mediante resolución de gerencia número 281 de septiembre 03 de 2012.

En la vigencia 2023 se inició un proceso de actualización de las tablas de retención, teniendo en cuenta la fecha inicial de aprobación, tarea que se adelanta actualmente por el grupo de gestión documental con cada líder de proceso, para realizar la consolidación, adecuación y aprobación ante los entes normadores.

HOSPITALES VERDES

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E es miembro de la red global de hospitales verdes y saludables a partir del año 2018, de dicha inscripción se genera un compromiso institucional que es establecer una política ambiental, la cual cuenta con cuatro objetivos:

1. Liderazgo: Fortalecimiento del compromiso en la gestión ambiental empresarial y el cumplimiento de la normatividad ambiental aplicable a la entidad.
2. Eficiencia energética: Fomento del ahorro y uso eficiente del recurso energético
3. Gestión de residuos: El manejo de residuos se lleva por medio del plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud – PGIRASA.
4. Agua: Fomento del ahorro y uso eficiente del agua

OBJETIVO GENERAL

Definir el alcance y las metas de los indicadores de gestión del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E para el período 2020-2024, identificando las actividades estratégicas por cada indicador de gestión en las áreas de Dirección, Financiera y Gestión clínica o asistencial, alineándolas con el Plan de Desarrollo Institucional.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

LINEAS ESTRATEGICAS

El Plan de Desarrollo del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E “El MARIO está en MÍ” del período 2024-2027 cuenta con 5 ejes estratégicos, 8 objetivos, 15 programas y 60 metas e indicadores.



MISIÓN:

Somos una institución de segundo nivel de atención que presta servicios de mediana complejidad y algunos en complementariedad de alta complejidad; que mediante la metodología del mejoramiento continuo tiene como objetivo prestar servicios de salud con un talento humano competitivo y comprometido que hace uso adecuado de los recursos financieros, tecnológicos y ambientales.

VISIÓN:

En el 2028 seremos una institución acreditada, reconocida en la región por el uso de herramientas tecnológicas, capacidad resolutive y procesos amigables con el medio ambiente.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- La **EFICIENCIA**, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.
- La **CALIDAD**, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.
- La **EQUIDAD**, entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.
- El **COMPROMISO SOCIAL**, entendido como la firme disposición de la Empresa de contribuir al desarrollo integral de la población, poniendo todo lo que esté a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser y las demás consagradas en la Constitución Política de la República de Colombia y las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

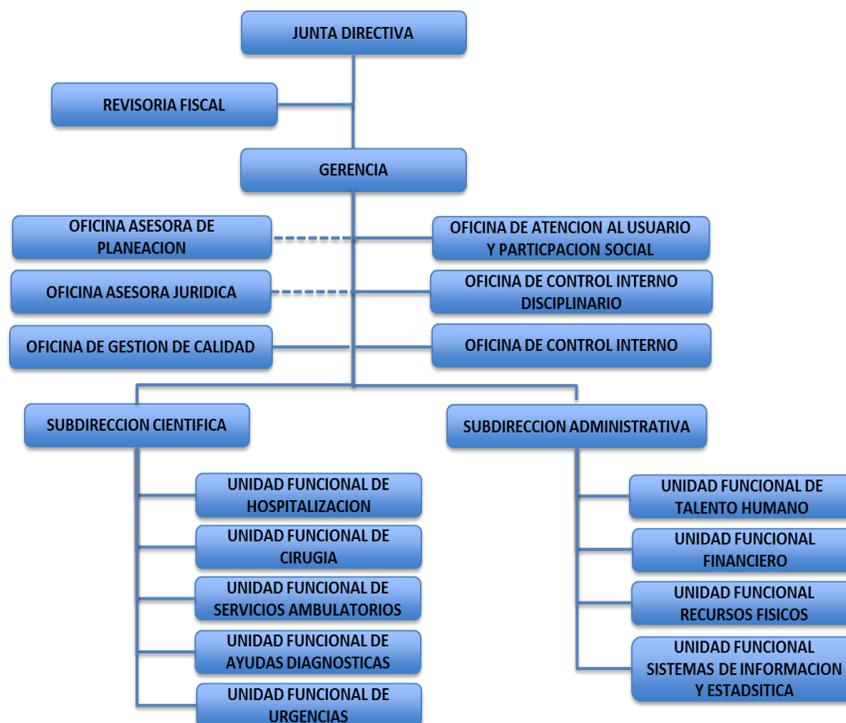
VALORES INSTITUCIONALES

Los valores son aplicables y ejecutables por nuestros funcionarios, con el fin de conseguir un valor agregado a nuestro ejercicio del día a día y que éste se vea reflejado tanto en el reconocimiento de usuarios y terceros que interactúan con nuestra institución. Los valores institucionales del código de ética están alineados con los lineamientos del código de integridad.

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del estado.
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

- Liderazgo:** Estoy comprometido en el desarrollo de mi potencial, oriento mis esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de todos nuestros usuarios y compañeros de trabajo.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



MAPA DE PROCESOS

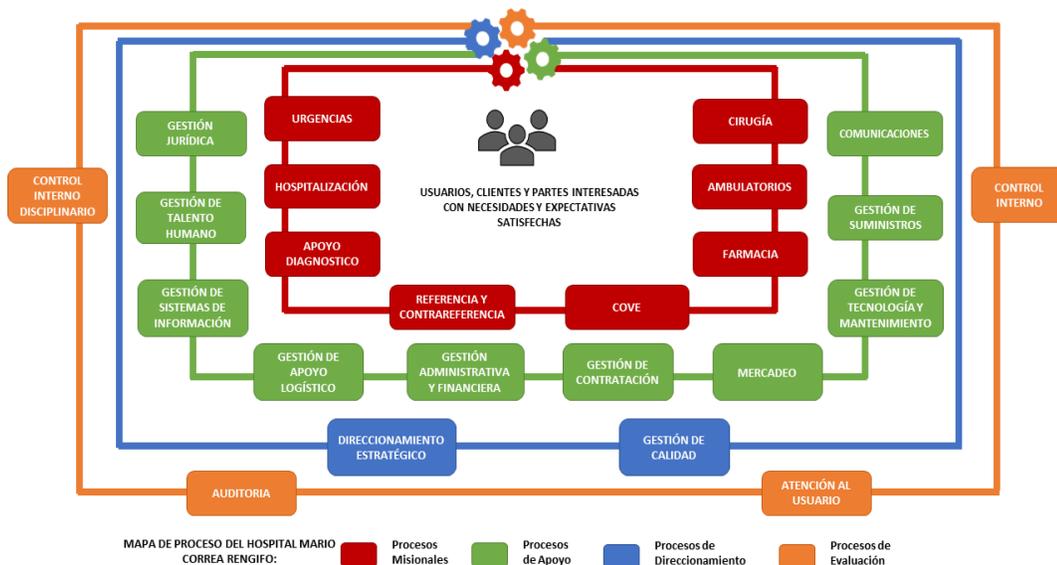


Ilustración: Mapa de procesos Hospital Departamental Mario Correa Rengifo

ELABORACIÓN

Los criterios y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de la Gerencia del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, se definen de acorde a las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estableciendo compromisos, estrategias y metas a alcanzar, que serán evaluadas periódicamente en tres ejes: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial, cada eje incluye sus indicadores con la línea base con corte 31 de diciembre de 2023, formula, logros planteados, metas anuales y observaciones.

METODOLOGÍA

En desarrollo de lo dispuesto en la resolución 0710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial atendiendo las modificaciones de la resolución 743 de 2013, donde contempla cinco fases para su elaboración y aplicación desde tres áreas de gestión:

1. Preparación
2. Formulación
3. Aprobación
4. Ejecución
5. Evaluación

En el presente documento se incluyen las primeras 3 fases de la metodología del ministerio de salud.

PREPARACIÓN

En esta fase se identificaron las diferentes fuentes de información para establecer la línea base y formular el plan de gestión.

Se realizó la medición de los indicadores por área de gestión establecidos por la resolución 408 del 2018, diagnóstico que se sustenta con los soportes recopilados de los resultados obtenidos por la gerencia anterior con corte a 31 de diciembre de 2023 que sirvieron para determinar la situación actual, estableciendo el punto de partida del plan e iniciar las acciones estratégicas.

FORMULACIÓN

La Fase de Formulación según la Resolución 710 del 2012 debe contener tres aspectos:

- Un diagnóstico inicial para cada uno de los indicadores, donde se refleja las condiciones actuales de cada uno, para establecer punto de partida y cuáles son los retos implicados.
- El escenario donde se describen los logros a alcanzar por área de gestión, además de las actividades o acciones que se ejecutarán
- Metas anuales correspondientes a las cuatro vigencias del periodo gerencial

- **Línea De Base.**

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador Nominal	- Mantener la acreditación.	NA
					-Autoevaluación en la vigencia evaluada $\geq 3,5$	NA
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	- $\geq 1,20$	NA
					-Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	NA
	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Indicador Nominal	-Acreditación en la vigencia evaluada.	NA		
			-Autoevaluación completa en la vigencia evaluada.	1.11		
			-Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.			
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria 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 auditoria registrados en el PAMEC	$\geq 0,9$	95%

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
				anual programadas en la vigencia objeto de evaluación		
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	RIESGO BAJO
	5	Nivel I,II y III	evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto de funcionamiento operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	0,79
	6	Nivel I,II y III	proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.	total, adquisiciones de medicamentos 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,	>= 0.7	0%

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
				(c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada		
	7	Nivel I,II y III	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 en la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	cero (0) o variación negativa	1.48

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	4
	9	Nivel I,II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	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 cuentas por pagar de vigencias anteriores	>=1	0.80
	10	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	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 dentro de los términos de ley	100%

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
	11	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega del 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	Cumplimiento dentro de los términos de ley	100%
gestión clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II y III	evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación /Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	>=0.8	NA
	13	Nivel II y III	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	>=0.8	85%

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
				de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación		
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	93%
	15	Nivel II y III	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 evaluación (Número de	Cero (0) o variación negativa	0

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
				pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior) – (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación)		
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de 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 de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	>=0.9	100%
	17	Nivel II y III	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	>=0.9	100%

MATIZ LINEA DE BASE 2023						
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Línea base 2023
				mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación		
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatra.	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 la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas	<=5	4.85
	19	Nivel II y III	Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia	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 la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas	<=5	NA
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita 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 la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas	<=15	5.9

- **Compromisos, Objetivos y Actividades Planteados**

COMPROMISOS PLAN DE GESTION 2024 – 2027		
AREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR
Dirección y Gerencia 20%	Desarrollar e implementar estrategias que permitan cumplir con los estándares requeridos para la Acreditación en salud	1. Gestionar la certificación del sistema único de acreditación en salud en la ESE
		2. Fortalecer el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad - PAMEC de forma permanente
	Fortalecer el sistema de gestión de calidad SGC de la E.S.E.	1. Gestionar la certificación ICONTEC ISO 9001 - 2015
	Implementar la política de gestión ambiental para dar cumplimiento a los lineamientos de hospital verde	1. Fortalecer el programa de gestión ambiental enfocado en hospitales verdes en la E.S.E.
	Fortalecer la capacidad operativa en la prestación de servicios de salud de la E.S.E.	1. Gestionar a través de proyectos de inversión recursos físicos, de dotación de equipos biomédicos y de TICS con organismos públicos, privados u ONG a nivel departamental, nacional o internacional.
2. Implementar un modelo de salud digital en la población asignada en la E.S.E.		
Financiera y Administrativa 40%	Gestionar la sostenibilidad financiera de la E.S.E.	1. Implementar una política de cobro de cartera en la E.S.E.
		2. Implementar un sistema de costos mixto (ABC y absorbente) en la E.S.E.
		3. Gestionar nuevos modelos de contratación con la E.S.E.
		4. Implementar una política de auditoría de cuentas medicas en la E.S.E.

COMPROMISOS PLAN DE GESTION 2024 – 2027

AREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR
	Fortalecer la eficiencia administrativa de la E.S.E.	1.Realizar auditorías internas con enfoque en riesgo por la Oficina de Control Interno para evaluar la efectividad en la ejecución de los planes de mejoramiento y procesos de la institución.
		2. Fortalecer la implementación de la política de cero papeles.
		3. Implementar una política de desarrollo de capacidades en el personal de la E.S.E.
		4. Implementar una política de incentivos y cultura organizacional en la E.S.E.
	Fortalecer los lineamientos y políticas de TIC en la E.S.E.	1.Implementar la política de TIC en la E.S.E.
		2.Mejorar la capacidad operativa y de seguridad de las TIC en la E.S.E.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	Brindar servicios de salud en sus diferentes componentes (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) implementando telemedicina interactiva, no interactiva y tele experticia.	Implementar una plataforma tecnológica en telemedicina para dar respuestas a las necesidades en salud de la población del suroccidente colombiano
	Mejorar el acceso a los servicios de salud de la población asignada en la E.S.E.	1.Mejorar el acceso a los servicios de salud
		2. Implementar un modelo de atención en salud territorial en el área de influencia de la E.S.E. 3.Fortalecer la oferta de especialistas para ampliar atención por consultas o procedimientos

COMPROMISOS PLAN DE GESTION 2024 – 2027

AREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR	
Área de Gestión		4. Fortalecer la oferta de servicio de salud enfocada a las enfermedades cerebrovasculares en al E.S.E.	
		5. Fortalecer, desplegar y evaluar la política del programa de seguridad del paciente en la E.S.E .	
		6. Desarrollar la unidad materno perinatal para atender las necesidades de la población de ladera	
		Fortalecer la capacidad resolutiva con énfasis en el área de ortopedia y traumatología	1. Desarrollar estrategias que fortalezcan las especialidades de ortopedia y traumatología y subespecialidades
		Implementar una política de investigación, desarrollo e innovación (I + D + I) en la E.S.E.	1.Fortalecer el comité de investigación
			2.Fortalecer las alianzas con las instituciones educativas para fomentar la investigación
			3.Implementar estrategias para incentivar la participación en investigaciones al personal de salud
			4.Generar espacios para incentivar la investigación e innovación en los procesos asistenciales

• **Metas Plan De Gestión Vigencia 2024 - 2027**

METAS DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027											
Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Estándar para cada año	línea base 2023	2024	2025	2026	2027		
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	- Mantener la acreditación.	NA						
				-Autoevaluación en la vigencia evaluada >=3,5	NA						
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	-> =1,20	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	
				-Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	NA		Postulación				
				-Acreditación en la vigencia evaluada.	NA					ACREDITACIÓN	
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	- Autoevaluación completa en la vigencia evaluada.	1.11	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	
				-Postulación para la acreditación, formalizada con contrato.	NA	NA	NA	NA	NA	5	
				-Acreditación en la vigencia evaluada.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
			2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	>=0,9	95%	95%	95%	95%	95%

METAS DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Estándar para cada año	línea base 2023	2024	2025	2026	2027
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	$\geq 0,9$	97%	95%	95%	95%	95%
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	RIESGO BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
	5	Nivel I,II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	$< 0,90$	0,79	$< 0,90$	$< 0,90$	$< 0,90$	$< 0,90$
	6	Nivel I,II y III	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos.	$\geq 0,7$	0%	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$
	7	Nivel I,II y III	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.	cero (0) o variación negativa	1.48	0	0	0	0
	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4	4	4	4	4	4

METAS DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Estándar para cada año	línea base 2023	2024	2025	2026	2027
	9	Nivel I,II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥ 1	0.80	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
	10	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos de ley	100%	100%	100%	100%	100%
	11	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos de ley	100%	100%	100%	100%	100%
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥ 0.8	NA	NA	NA	NA	NA
	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	≥ 0.8	85%	≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	≥ 0.9	93%	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	0	0	0	0	0
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 0.9	100%	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9
	17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	≥ 0.9	100%	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 5	4.85	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5

METAS DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Estándar para cada año	línea base 2023	2024	2025	2026	2027
	19	Nivel II y III	Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia	<=5	NA	NA	NA	NA	NA
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	<=15	5.9	<=15	<=15	<=15	<=15

- Indicadores**

A continuación, se presentará de manera integral la descripción de cada indicador. En cada uno de ellos se incluirá la fórmula del indicador, el diagnóstico inicial correspondiente a la vigencia 2023 con sus respectivas observaciones, línea base y meta. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica y Asistencial.

- Dirección Y Gerencia (20%)**

- Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior**

NO.1 INDICADOR	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
Fórmula	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
Observaciones / Diagnóstico inicial	El resultado del ejercicio de autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación realizado en el año 2023 fue 2,51 y al compararlo con el resultado del año anterior que fue de 2.26, nos da un resultado de 1,11 dando cumplimiento a la meta institucional. Es importante resaltar los avances en la formalización de los programas transversales que apoyan los ejes de riesgos, humanización, seguridad, tecnología y mejoramiento. Para el logro de este resultado se contó con la participación de los equipos de autoevaluación de Direccionamiento, Gerencia, Ambiente físico, Gestión de tecnología, Talento humano, Gerencia de información, Asistencial y Mejoramiento.

NO.1 INDICADOR	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Contar con una variación positiva $\geq 1,2$ sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$
Proyección de la calificación	1,15	1,15	1,15	1,15
Fuente de información	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior - Contrato postulación - Certificación de acreditación 			
Línea base	1,11			
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso y funcionarios claves de la institución. -Lograr una mayor apropiación a la metodología para la realización de los ejercicios de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan una mayor dedicación por parte del personal -Definir estrategias para mejorar las competencias y actitud de los equipos de trabajo -Establecer estrategias para lograr una rotación de personal baja en los equipos de trabajo -Identificar y gestionar las necesidades de recursos financiero, de infraestructura y equipos -Realizar una campaña permanente de sensibilización sobre el mejoramiento continuo y el proyecto de acreditación para todo el personal independiente del tipo de contratación. <p>Presentar solicitud de evaluación por el organismo acreditador en el año 2027.</p>			
Responsable	CALIDAD – GERENCIA			

2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

NO.2 INDICADOR	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud			
Fórmula	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Como ajuste a la metodología de trabajo se realizó el ejercicio de autoevaluación según los grupos de estándares del manual de acreditación en salud, y se definieron planes de acción por cada equipo por grupo de estándares. Finalmente se logró un cumplimiento total del 95% con corte al mes de diciembre con 627 acciones ejecutadas de 659 programadas, superando la meta definida del 90% para el año 2023.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la calificación	90%	90%	90%	90%
Fuente de información	Superintendencia Nacional de Salud (circular 12)			
Línea base	95%			
Actividades Desarrollar	Por -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso y funcionarios claves de la institución. -Fortalecer la metodología para la realización de los ejercicios de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan una mayor dedicación por parte del personal. -Fortalecimiento de las competencias de liderazgo, trabajo en equipo y herramientas de mejoramiento para los líderes y personal clave. -Fortalecimiento del seguimiento por parte de la alta gerencia.			

NO.2 INDICADOR	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud
	-Fortalecer los ejercicios de referenciación que permitan conocer modelos exitosos y replicarlos en nuestra institución.
Responsable	CALIDAD – GERENCIA

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

NO.3 INDICADOR	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional			
Fórmula	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Para el 2023 se logró un cumplimiento del 97% del Plan Operativo que es el que da cumplimiento al Plan de Desarrollo 2020-2023.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ del plan operativo anual que da cumplimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el			

	listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de casa una de ellas (SI / NO); y el cálculo del indicador
Línea base	97%
Actividades desarrollar	a -Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo -Fortalecimiento del modelo interno para la gestión de indicadores.
Responsable	PLANEACION – GERENCIA

- **GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%**

4. Riesgo Fiscal y Financiero

NO. 4 INDICADOR	Riesgo Fiscal y Financiero			
Fórmula	Adopción del programa del plan de saneamiento fiscal y financiero			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Bajo la Resolución No. 851 de 30 de mayo de 2023, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Hospital Departamental Mario correa Rengifo E.S.E, se categorizo en Riesgo bajo , por lo tanto, no se adoptó un programa de saneamiento fiscal y financiero, es de aclarar que esta categorización corresponde a la información cierre año 2022.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Proyección de la calificación	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Fuente de información	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizados en Riesgo medio alto			
Línea base	Riesgo bajo			
Actividades desarrollar	a Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo medio o alto			
Responsable	GERENCIA – FINANCIERO			

5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

NO.5 INDICADOR	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida
Fórmula	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación}}{\text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}} \div \frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior}}{\text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$

NO.5 INDICADOR	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para el Hospital, la empresa ha realizado esfuerzos representativos en fortalecer su eficiencia hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su reporte y consolidación, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE mejorar de manera ostensible, disminuyendo la UVR cada año con respecto a la vigencia anterior. La evolución del gasto por unidad de valor relativo producida en el año 2023 es de 0.79			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
Lograr un valor del indicador menor a 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción con el fin de disminuir los costos de producción	2024	2025	2026	2027
Proyección de la calificación	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección social			
Línea base	0.79			
Actividades a desarrollar	Depurar y garantizar el Registro de las actividades de las unidades de producción por cada uno de los contratos de la vigencia			
Responsable	GERENCIA – FINANCIERO			

6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

NO.6 INDICADOR	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. b. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos			
Fórmula	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Es de anotar que la meta establecida en este criterio difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por la E.S.E no permite un manejo estandarizado el cual pueda ser manejado en su totalidad por el mecanismo sugerido en este ítem. No se realizaron adquisiciones mediante mecanismos de compras conjuntas o través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/ o mecanismos electrónicos.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un valor en el indicador ≥ 0.7 en una proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. B. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c. Compras a través	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$	$\geq 0,70$

NO.6 INDICADOR	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a. Compras conjuntas. b. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos			
de mecanismos electrónicos				
Proyección de la calificación	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70
Fuente de información	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador			
Línea base	0%			
Actividades a desarrollar	-Realizar compras conjuntas de medicamentos esenciales. -Colombia Compra Eficiente			
Responsable	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA			

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

NO.7 INDICADOR	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
Fórmula	A. 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. B. [(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, en valores constantes)]			
Observaciones/ Diagnóstico inicial	A través de la coordinación médica, se realiza entrega del archivo solicitado y es presentado a la Junta Directiva			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0) o con variación negativa.	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	Cero	Cero	Cero	Cero
Fuente de información	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.			
Línea base	0			
Actividades a desarrollar	- Garantizar el recaudo para gestionar el pago de la nomina			
Responsable	FINANCIERA			

8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

NO.8 INDICADOR	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
Fórmula	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 de evaluación			
Observaciones / Diagnóstico inicial	Para la vigencia 2023 se presentan cuatro informes a la Junta Directiva sobre Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS	4	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4	4
Fuente de información	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los			

NO.8 INDICADOR	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)
	informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe
Línea base	4
Actividades a desarrollar	-Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS -Presentar de manera bimensual a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS -Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral.
Responsable	GERENCIA

9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

NO.9 INDICADOR	Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo			
Fórmula	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 (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).			
Observaciones / Diagnóstico inicial	El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el año 2023 es de 0,80.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social			
Línea base	0,80			
Actividades a desarrollar	-Controlar el gasto -Gestionar del recaudo -Reorganización de los procesos de recaudo y pago controlados.			
Responsable	FINANCIERA			

10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

NO.10 INDICADOR	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			
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente			
Observaciones / Diagnóstico inicial	La empresa realizó la presentación de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente, de lo cual se cuenta con el soporte la misma Superintendencia Nacional de Salud donde consta que el Informe de la Circular Única fue cargado con éxito y en los tiempos previstos dando cumplimiento a la meta establecida del indicador.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Fuente de información	Superintendencia Nacional de Salud			
Línea base	No Extemporáneo			
Actividades a desarrollar	Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. Gestión de la información en el nuevo sistema de información, para lograr una mejor oportunidad y calidad en el registro.			
Responsable	CALIDAD – ESTADISTICA			

11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya

NO.11 INDICADOR	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya
Fórmula	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.

Observaciones / Diagnóstico inicial	Este se evaluó de acuerdo al reporte de información de que trata el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013. Para el año 2023 se realiza de manera oportuna la entrega de los reportes, se cuenta con los soportes de envío del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Fuente de información	Ministerio de Salud y Protección Social			
Línea base	Oportuno			
Actividades desarrollar a	Recopilar, consolidar y enviar información. Gestión de la información en el nuevo sistema de información, para lograr una mejor oportunidad y calidad en el registro.			
Responsable	CALIDAD – ESTADISTICA			

- **GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%**

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes

El Indicador No. 12 “Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes” **no aplica** ya que este servicio **no se encuentra habilitado** por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, y por lo tanto no hace parte del portafolio de la institución.

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

No.13 INDICADOR	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida
Fórmula	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa

No.13 INDICADOR	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida			
	de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia			
Observaciones situación actual /	Se realizó estricta aplicación de la guía adoptada por el hospital bajo la resolución 063 de 11 de febrero de 2022, en el marco del comité de historias clínicas donde se verificó la adherencia a la guía de manejo adoptada por la ESE.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento mayor al 0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
Proyección de la Calificación	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80
Fuente de información	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.			
Línea base	0.85			
Actividades desarrollar	-Realizar el comité de historia clínica -Verificación de los criterios definidos en el comité			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

14. Oportunidad en la realización de apendicectomía

NO.14 INDICADOR	Oportunidad en la realización de apendicectomía			
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación			
Observaciones situación actual /	Durante el 2023 se realizaron 339 apendicectomías las cuales se analizaron en el comité de historias clínicas, verificando el cumplimiento de su realización dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico, de las cuales se evidenció un cumplimiento de 318, llegando al 93%.			

NO.14 INDICADOR	Oportunidad en la realización de apendicetomía			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador			
Línea base	93%			
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar mensualmente el informe de la subgerencia - Retroalimentar al equipo de cirujanos sobre los hallazgos. - Fortalecer el Sistema de información para extraer la información 			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

15. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

NO.15 INDICADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual			
Fórmula	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)			
Observaciones/ situación actual	En la vigencia 2023 no se presentaron eventos de neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr una variación ≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0
Proyección de la Calificación	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0

NO.15 INDICADOR	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual
Fuente de información	Informe del Referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador
Línea base	0
Actividades desarrollar	a Revisar en comité el análisis de pacientes pediátricos. Fortalecer el seguimiento en la atención a los pacientes pediátricos que presenten riesgo.
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)

NO.16 INDICADOR	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)			
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de 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 de miocardio en la vigencia			
Observaciones situación actual	Se realiza el análisis de los pacientes con IAM en urgencias para verificar el cumplimiento de la oportunidad, de acuerdo a guía de manejo Resolución 063 de febrero de 2022, adoptada por la ESE.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador			
Línea base	1			
Actividades desarrollar	a -Desarrollar el proceso para garantizar la actividad. -Revisar y analizar en el comité de historia de clínica			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria

NO.17 INDICADOR	Análisis de mortalidad intrahospitalaria			
Fórmula	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación			
Observaciones situación actual	Se logra un 100% de análisis de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas para la vigencia 2023. El comité de mortalidad se realiza de manera trimestral y se han analizado el 100% de los pacientes.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un análisis de la mortalidad intrahospitalaria $\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Fuente de información	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador			
Línea base	1.0			
Actividades a desarrollar	Desarrollar el proceso para garantizar el análisis de mortalidad mayor a 48 horas en el comité de mortalidad.			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

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

NO.18 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría			
Fórmula	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 la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación			
Observaciones situación actual	Para la vigencia 2023 el indicador de oportunidad de pediatría se observa una oportunidad de 4.85 días.			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr durante la vigencia un	≤ 5 Días	≤ 5 Días	≤ 5 Días	≤ 5 Días

NO.18 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría			
promedio de atención en la consulta de pediatría menor o igual 5 días				
Proyección de la Calificación	<=5 Días	<=5 Días	<=5 Días	<=5 Días
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social			
Línea base	4.85			
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Seguir trabajando en el servicio panacea -Capacitación periódica al personal 			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

19. Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia

El Indicador No. 19 “Oportunidad en la atención de consulta de Obstetricia” el cual a partir de la Resolución 408 de 15 de febrero de 2018, cambio su fórmula que antes incluía las consultas de ginecología y Obstetricia, pero al cambiar solo a Obstetricia ***no aplica*** ya que este servicio ***no se encuentra habilitado*** por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, y por lo tanto no hace parte del portafolio de la institución.

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

NO.20 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna			
Fórmula	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera asignadas en la vigencia objeto de evaluación.			
Observaciones situación actual	Se observa el indicador de oportunidad de Medicina Interna en 5,09 días para la vigencia de 2023			
Estándar propuesto	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027

NO.20 INDICADOR	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna			
Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de Medicina Interna menor o igual 15 días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
Proyección de la Calificación	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días	<=15 Días
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social			
Línea base	5.09			
Actividades a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Seguir trabajando en el servicio panacea -Capacitación periódica al personal 			
Responsable	SUBGERENCIA CIENTIFICA			

APROBACIÓN

Finalizada la fase de formulación del Plan de Gestión 2024-2027 se presentará a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 743 de la Ley 1438 de 2011, para que proceda a la revisión, análisis y aprobación.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Estos indicadores serán objeto de seguimiento trimestral en el comité de gerencia, donde se evaluará el grado de cumplimiento de las metas individuales. En este análisis se identificarán posibles desviaciones y obstáculos, y se elaborarán los planes de acción correspondientes para garantizar el logro de los objetivos establecidos.

La evaluación del Plan es un proceso respaldado en información válida y confiable, con una periodicidad anual. Para ello, el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte al 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa, así como un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva. Además, debe incluir un informe motivado sobre las causas de las desviaciones en los

indicadores establecidos en el plan, cuando las haya, y los efectos de estas en la gestión de la entidad.

- **Difusión Interna y Externa**

Hace referencia a cómo una organización comunica información a las partes interesadas, tanto dentro de la empresa (internamente) como fuera de ella (externamente). En este sentido, el Hospital llevará a cabo la difusión de la siguiente manera:

Externa: a través de la página web institucional, la Junta Directiva, entidades de control, asociación de usuarios, entre otros.

Interna: a través de los líderes de proceso involucrados.

Juan Carlos Corrales Barona
Gerente