

INFORME DE GESTIÓN
PERIODO: VIGENCIA 2022

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
NIT. 891800231-0

GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
GERENTE

Abril de 2023



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



INTRODUCCIÓN

El Decreto 357 de 2008, reglamentó la evaluación y reelección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, lo cual generó la presentación ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja del Plan de Gestión del Gerente para el periodo 2020-2024, aprobado mediante Acuerdo No. 07 de julio 8 de 2020, ajustado por el Acuerdo No. 018 de 02 de octubre de 2021.

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011 por la cual el Congreso de la República de Colombia, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió entre otras disposiciones los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió Resolución No. 408 de 2018 que modificó la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, estableciendo las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 de 02 de octubre de 2021 se modifica el Acuerdo 07 de julio 08 de 2020 mediante el cual se determinó en su Artículo Primero: Aprobar y adoptar el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA", presentado por el Gerente de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2020-2024."

El plan de gestión contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos, incluidos los convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, así como el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a lo anterior se realiza el Informe de Gestión para la vigencia específica año 2022

De acuerdo a las directrices dadas para cada indicador se verifica su cumplimiento así:



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

No.	Tipo de ESE	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información
1	Nivel I, II y III	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	0,05	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
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.	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno 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 cada uno de ellos (SI/NO); y el cálculo del Indicador.
4	Nivel I, II y III CON CATEGORIZACIÓN DE RIESGO ALTO O MEDIO	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	NA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas con Riesgo medio o alto
5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia	0,057142857	< 0.90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

			objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]			
6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos1. Compras Conjuntas2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,057142857	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las 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 las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador.
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 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)]	0,057142857	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.



8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,057142857	4	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 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.
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 el valor recaudado 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.)	0,057142857	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2 Capítulo 8, Título 3, parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	0,057142857	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social



12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de 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.	0,07	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
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 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 de 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	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les 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	0,05	≥0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.



15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonía 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 pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación-número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.
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	0,05	≥0.90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0.90	Informe de 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.
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los 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	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social



19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los 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 solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los 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 vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254



SA-CER560814



OS-CER559527



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las metas de gestión y resultados de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante la vigencia 2022, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 408 de 2018; estableciendo su nivel de desempeño de acuerdo con la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar y analizar las estrategias que contribuyan a la misión y cumplimiento de la visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios de salud con calidad.
- Analizar el uso eficiente de los recursos financieros, a través de las estrategias, el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo la rentabilidad económica y social basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

Aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 07 de 08 de julio de 2020



MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado de mediana y alta complejidad que ofrece los servicios de salud a los Usuarios y sus familias a través de talento humano idóneo y comprometido, contamos con tecnología que garantiza la seguridad en la atención humanizada, contribuyendo a la gestión del conocimiento generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra comunidad.

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma



VISIÓN

En el 2026 seremos un hospital universitario reconocido por su liderazgo en investigación, innovación y gestión clínica, generando impacto social a usuarios, colaboradores y el entorno.

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net





OBJETIVOS CORPORATIVOS

#EnElSanRafaTrabajamosConElAlma
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1. Humanizar la atención como cultura de servicio y buen trato al Usuario y su familia
2. Consolidar un modelo de gestión y de prestación integral en la atención, que genere valor para el usuario y su familia
3. Apropiar el proceso de acreditación en salud en los procesos organizacionales para fortalecer su mejora y cumplimiento
4. Fortalecer y ampliar la integralidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, articulados con redes integradas de atención y comunidad
5. Garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización
6. Fortalecer la gestión tecnológica
7. Generar líneas de desarrollo humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia
8. Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución
9. Contribuir a la consolidación de Hospital Universitario mediante la gestión del conocimiento, innovación y desarrollo comunitario

EJES TRAZADORES

Nuestro Plan de Desarrollo **"EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA"** se formuló para el periodo 2020-2024 y se aprobó mediante Acuerdo 07 de 08 de julio de 2020, el cual fue modificado por el Acuerdo 018 del 12 de octubre de 2021, El plan de desarrollo se elaboró teniendo en cuenta la metodología para el direccionamiento estratégico establecidos en la Resolución No. 142 de 2020. Está compuesto por 22 metas, 9 objetivos estratégicos y por 13 Programas Estratégicos aprobados bajo la Resolución 155 de 2020, la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja fundamenta su Plan de Desarrollo en los siguientes ejes:

1. HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
2. ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO
3. GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
4. GESTIÓN DE SERVICIOS
5. GESTIÓN DEL RIESGO
6. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS
7. TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE.
8. RESPONSABILIDAD SOCIAL
9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN.



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



COMPONENTES DEL INFORME DE GESTIÓN

El Plan de Gestión, adoptó las condiciones y metodología, descritas en la Resolución 408 de 2018 y se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo Gerencial del Hospital Universitario San Rafael de Tunja, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión:

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

1. DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).

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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,05	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,16	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-LIDER ACREDITACION	<1	1 - 1,10	1,11 - 1,19	$\geq 1,20$	0	0

Así las cosas, para la vigencia 2022, este indicador reporto un resultado de 2.078 respecto al valor obtenido para la vigencia 2021 de 2.165; se encuentra una relación de 0.96 tal como lo demuestra el indicador a continuación:

INDICADOR: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.



 AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCIÓN 5095 DE 2018			RESULTADOS AUTOEVALUACIONES	
VIGENCIA			2021	2022
GRUPO DE ESTANDARES	LIDER ESTÁNDAR	NUMERO DE ESTANDARES	TOTAL	TOTAL
			PROMEDIO	PROMEDIO
Cliente asistencial	Subgerente de Servicios de Salud	1-75.	2,09	2,08
Direccionamiento	Asesor Desarrollo de Servicios	76-88	2,27	2,08
Gerencia	Gerente	89-103	2,22	2,01
Gerencia del talento humano	Lider talento Humano	104-120	2,13	2,11
Gerencia del ambiente fisico	Lider de Seguridad y Salud en el Trabajo	121-131	2,24	2,19
Gestión de la tecnologia	Lider Ing. Biomedica	132-141	2,20	2,20
Gerencia de la Información	Lider sistemas	142-155	2,09	1,93
Mejoramiento de la calidad	Lider PAMEC	156-160	2,10	2,02
RESULTADO AUTOEVALUACION			2,165	2,078

Fuente: Oficina de Calidad

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

0,96

Este indicador se soporta por la consolidación de auditor líder de Acreditación y se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios según informe anexo.

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 2.078}{\text{Denominador } 2.165} = 0.96$$

Fuente Información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

Soporte: (Ver Anexo S1.)

- Informe autoevaluación acreditación 2021.
- Informe autoevaluación acreditación 2022.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el incremento en la calificación de 2022 respecto al periodo 2021 se obtiene un resultado de 0.96, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se obtiene una **calificación de 0**.

1.2. Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección y Gerencia 20%	2	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.	Relación del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	0,05	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud	100%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-LIDER ACREDITACION	<= 0,5	0,51-0,70	0,71-0,89	≥0,9	5	0,25

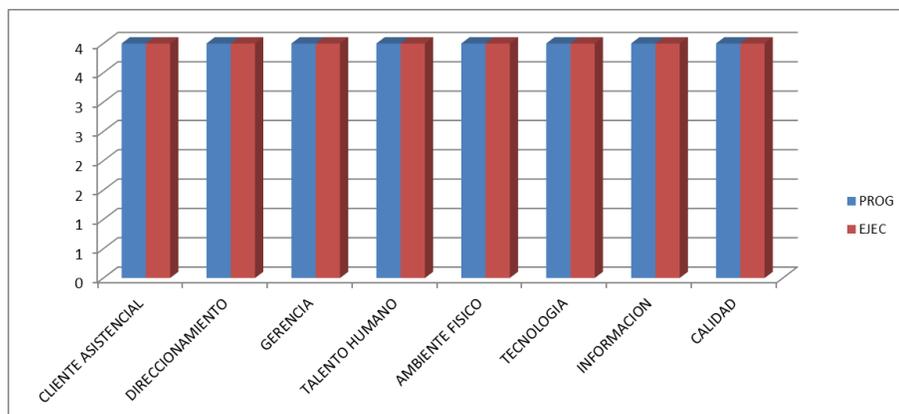
EJECUCIÓN PAMEC DICIEMBRE 2022

 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		% EJECUCIÓN PAMEC 2022			
INDICADOR	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria.	Grupo Estándares	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	CUMPLIMIENTO
		Cliente asistencial	4	4	100%
		Direccionamiento	4	4	100%
		Gerencia	4	4	100%
		Gerencia del talento humano	4	4	100%
		Gerencia del ambiente fisico	4	4	100%
		Gestión de la tecnologia	4	4	100%
		Gerencia de la información.	4	4	100%
		Mejoramiento continuo	4	4	100%
		TOTAL		32	32

Fuente: Seguimiento a Diciembre PAMEC 2022.

De las 32 acciones programadas, se han ejecutado las 32 dando cumplimiento a lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción a continuación.

CUMPLIMIENTO PAMEC E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA 2022

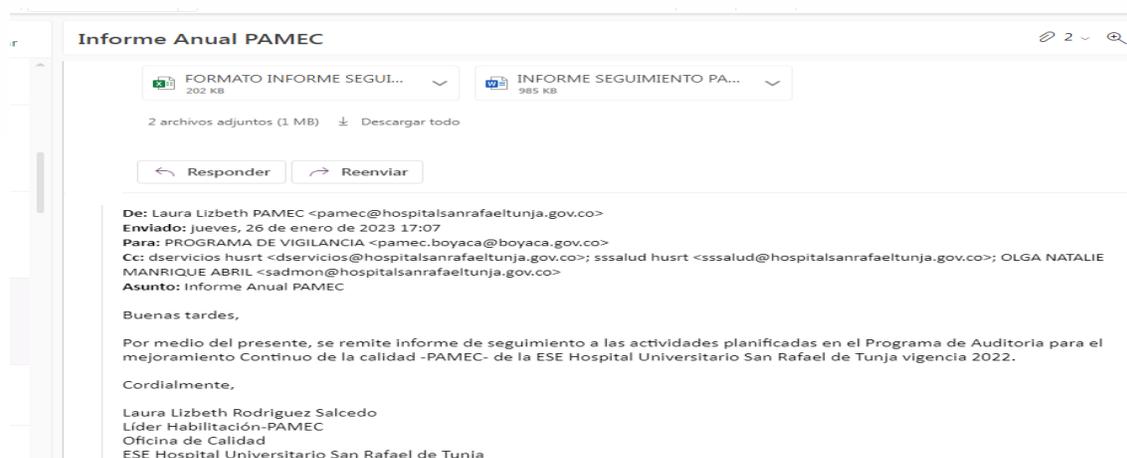


Fuente: Oficina de Calidad Seguimiento PAMEC 2022 a diciembre.

Este indicador se soporta por la consolidación de auditor líder de Acreditación y PAMEC, se valida por Asesor de Desarrollo de Servicios y se presenta por la Gerencia de la Institución a Secretaria de Salud de Boyacá, según informe anexo.

Este seguimiento se realizó con base en la verificación de las actividades planteadas en el PAMEC 2022 radicado mediante correo electrónico en Secretaria de Salud de Boyacá, este se lleva a cabo por cada equipo de acreditación de acuerdo al cronograma planteado y este es verificado por auditor líder de acreditación para evidenciar el cumplimiento de las metas planteadas.

Evidencia del correo electrónico enviado para el informe Final PAMEC 2022:



INDICADOR: *Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{32}{32} = 100\%$$

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: (Ver Anexo S2.)



Indicador No. 2 "Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en salud"

NIT	RAZÓN SOCIAL	Resultado Indicador 2	Acciones Ejecutadas_Reporte ST00	Acciones Programadas_Reporte ST00
826002601	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA	0.988	262	265
891800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	1.000	32	32
820003850	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	0.670	250	373

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene un resultado del 100%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra por encima del 90%, se da una **calificación de 5.**

1.3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Dirección y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0,10	≥ 0,91	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno 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 cada uno de ellas (SI/NO); y el calculo del Indicador	95%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	<= 0,5	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,9	3	0,3



La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja teniendo en cuenta lo establecido en el Plan de Desarrollo para el periodo 2021-2024, creado mediante Acuerdo No. 07 de julio de 2020 y modificado por el Acuerdo 018 del 12 de octubre de 2021, el promedio general del estado de ejecución de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional según lo establecido en la fuente de información de la Resolución 408 de 2018, fue de 81% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.

INDICADOR: *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*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{17}{21} = 0.81$$

Cumplimiento Total 81%

Fuente de Información: Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno 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 cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.

Soporte: (Ver Anexo S3.)

- Informe de Cumplimiento Plan de Desarrollo para la vigencia 2022, realizada por la Oficina de Control interno.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene un resultado del 81%, lo cual aplicando la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de **calificación de 3**.

2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).

2.1. Riesgo Fiscal y financiero.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	0,05	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E categorizadas con Riesgo medio o alto	SIN RIESGO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	Si durante la vigencia evaluada a la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto.		Si durante la vigencia evaluada a la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto.	N/A	N/A	

Respecto a este indicador para el Hospital NO APLICA su calificación, de acuerdo a lo establecido por la Resolución del Ministerio de Salud N° 856 de 2020, en su artículo 6 "Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Suspender el término establecido en el



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

artículo 80 de la ley 1438 de 2011 para que el Ministerio de Salud y Protección Social determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y su comunicación a las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio". Dicha resolución estuvo vigente hasta junio 2022

Soporte: (Ver Anexo S4.)

- Resolución del Ministerio de Salud N° 856 de 2020, por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 0000856 DE 2020
(29 MAY 2020)

Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales, en especial las consagradas en los numera 17 y 18 del artículo 6 del Decreto 4107 de 2011, y en el artículo 6 del Decreto 491 de 2020 y

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000856 DE 2020 HOJA No 4

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19"

medicina y de la profesión de la odontología, impuestas por el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Tribunal Nacional Ético Profesional, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

Artículo 6. Suspensión del plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Suspender el término establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, para que el Ministerio de Salud y Protección Social determine el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y su comunicación a las secretarías departamentales, municipales y distritales de salud, a partir de la fecha de publicación de la presente resolución y hasta el término de duración de la emergencia sanitaria, decretada por este Ministerio.

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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia]]/[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]	0,0571429	< 0,90	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	103%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD- LIDER FINANCIERA- ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	>1,10	1,0-1,10	0,9-0,99	< 0,9	3	0,17

Este indicador mide la proporción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado. Este resultado debe ser inferior al 90% del costo del año anterior e indica la eficiencia en el gasto.

A efectos de realizar la medición de este indicador se parte del total de gastos comprometidos en la vigencia fiscal 2022, en los cuales no se incluye la suma correspondiente a los rubros de inversión y cuentas por pagar de la vigencia 2021, y su relación con la productividad registrada en el mismo periodo medida en Unidades de Valor Relativo comparándolo con la vigencia 2021; con los cual se tendrían los siguientes resultados:

EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO:

CONCEPTO	GASTO COMPROMETIDO		
	2022	2021	VARIACION
Gasto de funcionamiento Excluye CXP	\$ 124.490.630.360	\$ 131.452.327.184	-5,3%
Gasto de Operación Y Prestación de Servicios Excluye CXP.	\$ 74.578.102.040	\$ 80.857.907.600	-7,8%
TOTAL GASTO DE FUNCIONAMIENTO. OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS EXCLUYE CXP	\$ 199.068.732.400	\$ 212.310.234.784	-6,2%
Producción Equivalente UVR	\$ 25.388.209,90	\$ 25.820.253,10	-1,7%
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO OPERACIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS/UVR PRODUCIDAS	\$ 7.840,99	\$ 8.222,62	-4,6%
RESULTADO INDICADOR 2022/2021		95%	

Fuente: SIHO

La entidad para la vigencia 2022 presenta una disminución del 6.2% en el gasto comprometido en Funcionamiento más operación y prestación de servicios pasando de \$212.310.234.784 en 2021 a \$ 199.068.732.400 para 2021.

INDICADOR:

(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior]]

CALCULO DE INDICADOR

Numerador: 199.068.732.400 / 25.388.209,9

Denominador: 212,310,234,784 / 25,820,253,1

Numerador	<u>7.841</u>	= 95%
Denominador	8.222	

Esto muestra que la entidad para el año 2022 para producir una UVR comprometió gasto por valor de \$7.841 y para el año 2021 para producir una UVR gastó \$8.222, situación que muestra una disminución en el gasto por UVR producida del 5% frente al resultado de 2021.

Fuente Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S5.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Calificación: Este resultado muestra que la entidad presento disminución en el uso de recursos por cada UVR producida situación que lleva a que para este indicador se obtenga un resultado de 95%, con lo cual se da una **calificación de 3.**

2.3. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos. 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado.3. Compras a través de mecanismos electrónicos.



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total 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 Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	0,0571429	≥ 0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de las 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 las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la formula del indicador.	59%	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA-LIDER CONTRATACION	< 0,3	0,30-0,50	0,51-0,69	≥ 0,70	1	0,057142857

META Mínimo el 70% de las compras de medicamentos y Material Médico Quirúrgico se debe hacer a través de estos mecanismos.

INDICADOR	META	LINEA BASE	FORMULA DE CALCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. Compras Conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	59%	Valor total 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 Empresas Sociales del Estado c. compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	\$15.970.463.010	\$36.664.309.061	44%

Para determinar el valor total de las adquisiciones que la entidad realizó en la vigencia 2022 mediante los mecanismos establecidos en el indicador, se toman como fuente de información la distribución de las modalidades de contratación definidas por el área de contratación, la cual permite determinar el valor total de las compras realizadas a la Cooperativa de Organismos de Boyacá y las compras realizadas como resultados de las publicaciones en plataforma electrónica entre los que se encuentran: la publicación en el KARDEX de proveedores y los contratos surgidos de los procesos de convocatoria pública.

El KARDEX de proveedores es una herramienta que se ha diseñado e implementado en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, el cual permite un funcionamiento similar a las plataformas dispuestas por el gobierno nacional, con acceso a los proveedores que se han inscrito y les permite acceder a las invitaciones por contratación directa de acuerdo a lo dispuesto en el estatuto interno e contratación, es decir se cuenta con un mecanismo electrónico propio que permite la pluralidad de oferentes.

MECANISMO	MEDICAMENTOS	MATERIAL MEDICOQUIRURGICO	TOTAL
a) Compras conjuntas	0	0	0
b) Compras a través de Cooperativas de ESE	\$ 1.968.727.933	\$ 925.082.148	\$ 2.893.810.081
c) Compras a través de mecanismos electrónicos	\$ 6.067.588.357	\$ 7.009.064.572	\$ 13.076.652.929
TOTAL	\$ 8.036.316.290	\$ 7.934.146.720	\$ 15.970.463.010

Para la determinación del denominador del indicador se toma el total del gasto comprometido en la vigencia 2022 para los gastos de compra de medicamentos y material médico quirúrgico, los cuales incluyen el 100% del gasto independientemente de su modalidad de contratación y se constituye en denominador del indicador así:

CONCEPTO	VALOR COMPROMETIDO
Total Medicamentos	\$ 14.166.535.516
Total Médico quirúrgico	\$ 22.497.773.545
Total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico de la vigencia	\$ 36.664.309.061

Con estos totales se procede a efectuar el cálculo del indicador de conformidad con las indicaciones de la resolución 408 encontrando los siguientes resultados

CONCEPTO	COMPRA DE MEDICAMENTOS	MATERIAL MEDICOQUIRURGICO	TOTAL GENERAL	INDICADOR
TOTAL ADQUISICIONES EVALUADAS	\$ 8.036.316.290	\$ 7.934.146.720	\$ 15.970.463.010	44%
TOTAL COMPROMETIDO	\$ 14.166.535.516	\$ 22.497.773.545	\$ 36.664.309.061	

Es importante indicar que el estatuto de contratación de la entidad contempla algunos mecanismos de contratación que no implican la utilización de mecanismos electrónicos entre los que se encuentran contratos derivados de comodatos, contratos de medicamentos y dispositivos médicos con exclusividad e innovadores que para la vigencia 2022 alcanzaron una participación del 56% frente al total de gasto comprometido en los rubros de Compra de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico y que han representado para la entidad en muchos aspectos ahorros y facilitan la disponibilidad de los insumos y medicamentos.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja como institución de tercer nivel de atención, tiene por objeto la prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud en desarrollo y en cumplimiento de su objeto, la Empresa Social del Estado podrá celebrar todos los actos y contratos permitidos por la legislación

colombiana, y que puedan ser ejecutados o desarrollados por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas sean estas de carácter civil, mercantil administrativo para la coordinación del mismo.

El Contrato de comodato tiene sus propiedades específicas, como son: es unilateral, debido a que solo existe una obligación procedente del comodatario que consiste en preservar el bien en buenas condiciones y restituirlo al instante de finalizar el contrato. Por otra parte es gratuito porque solo reporta utilidad para el comodatario y no para el comodante; el comodante es el que asume la obligación de prestar los Equipos especializados para el Hospital, mientras que el comodatario es quien usa el bien, esta opción es costo efectiva para la entidad, ya que se garantiza tecnología adecuada para las necesidades mencionadas, sin costo de inversión ya que La Empresa que presta el bien mantiene la propiedad del equipo, debido a que el comodatario solo dispone de la mera tenencia del bien. Por ende los temas de mantenimiento, capacitación Y aseguramiento de los equipos son responsabilidad del comodante.

De igual manera la ESE realiza la compra de Medicamentos o Dispositivos Médicos Denominados Exclusivos, los cuales son requeridos por los diferentes especialistas de la entidad, para el tratamiento de las diversas patologías que presenta la población, los cuales buscan el beneficio para los pacientes, disminuyendo los días de estancia, un menor tiempo quirúrgico y mejoría en el giro cama.

INDICADOR: *Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada*

CALCULO DE INDICADOR		
Numerador	\$ 15.970.463.010	=44%
Denominador	\$ 36.664.309.061	

Fuente de Información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de las 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 las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.
3. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S6.)

- Certificación de la Revisoría Fiscal de la Institución, la cual contiene:
Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a, b y c.

Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra.

Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene un resultado del 44%, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango de 0,30% y 0,50% y obtiene una **calificación de 1.**

2.4 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.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Linea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización 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 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.)]	0,0571429	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador y el calculo del indicador.	Cero (0) o variación negativa	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	Deuda + VARIACION POSITIVA	Deuda + VARIACION NEGATIVA	Deuda + VARIACION NEGATIVA	Deuda + 0	5	0,285714286

El hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de 2022. Se anexa certificación de revisoría fiscal, evidenciando lo anterior.

INDICADOR: *Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y concepto de contratación de servicios de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior*

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 de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

Soporte: (Ver Anexo S7.)

- Certificación realizada por la Revisoría Fiscal de la Institución, la cual contiene el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo de este.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación para la vigencia 2022 se obtiene deuda 0, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018, se da una **calificación de 5.**

2.5 Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	0,0571429	4	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 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.	4	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS -LIDER EPIDEMIOLOGIA-CALIDAD	1 Informe RIPS o no presente informe	2 Informe RIPS	3 Informe RIPS	4 o mas Informes RIPS	5	0,285714286

El hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018. Este informe junto con el análisis se presenta a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y diez primeros diagnósticos en cada servicio.

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, comprometido con la mejora en la calidad de la atención, ha insistido y sigue trabajando en el perfeccionamiento del sistema de información, dentro del cual es de vital importancia el progreso en la validez de los datos de los RIPS.

Este indicador es formulado por Epidemióloga Líder de la Unidad de Análisis y se avala por Desarrollo de Servicios, según informes adjuntos, y se presentan las actas de Junta directiva en las cuales se desarrolló la presentación de estos.

INDICADOR: *Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{4}{4} = 100\%$$

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 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.

Soporte: (Ver Anexo S8.)

- Certificación de secretario de la Junta Directiva del Hospital Universitario San Rafael Tunja, en la cual se encuentra soportado: fecha de los informes de RIPS presentados a la junta directiva.
- Informes de análisis de RIPS.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2021 se obtiene 100% es decir se presentaron los correspondientes cuatro informes trimestrales a la Junta Directiva, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en la escala de **calificación de 5**.

2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado 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.)	0,0571429	≥1.00	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	0,87	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	< 0,8	0,80-0,90	0,91-0,99	≥ 1	1	0,057142857

La entidad no alcanza equilibrio con recaudo superior a 1 por venta de servicios de salud (vigencia actual y anterior) el cual fue de 0.84%, el cual se obtiene así:

CONCEPTO	EQUILIBRIO CON RECAUDO		
	2022	2021	VARIACION
Ingreso Total Reconocido (Excluye CxC)	\$ 115.282.060.390	\$ 132.176.623.447	-12,8%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	\$ 79.457.183.000	\$ 73.838.083.726	7,6%
Total Ingreso Recaudado	\$ 194.739.243.390	\$ 206.014.707.173	-5,5%
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	\$ 232.259.127.470	\$ 236.721.053.171	-1,9%
Total Ingreso Recaudado / Gastos Totales con cuentas por pagar	0,84	0,87	-3,7%

Fuente: SIHO

Para el cálculo de este indicador se incluye el total de ingresos recaudados por la entidad durante la vigencia 2022 y el total de gastos comprometidos, es decir se incluyen tanto las cuentas por pagar de vigencia anterior como el recaudo de cartera de vigencias anteriores, toda vez que los recaudos de vigencias anteriores financian parte de los gastos de la vigencia 2022 incluidas las cuentas por pagar de 2021 y los gastos de inversión que la entidad ejecutó en 2022.

Los ingresos totales recaudados respecto a la vigencia anterior disminuyeron en un 5.5% debido a la liquidación de EAPB como Medimás EPS, lo que es directamente proporcional a la disminución de flujo de efectivo; el comportamiento de los gastos comprometidos por el contrario disminuyó un 1.9% respecto a la vigencia anterior

Es importante indicar que la entidad para la vigencia 2022 vio afectado el recaudo por efecto directo de las liquidaciones de EPS como Medimás y Comfamiliar Huila entidades que garantizaban giros mensuales importantes al Hospital, situación que represento que el 12% de la facturación prestada en 2022 debiera ser reclamada en acreencia afectando de manera directa el resultado de este indicador.

La liquidación de esa EAPB por parte de la SUPERSALUD afecto de manera directa el recaudo puesto que las EAPB que recibieron los usuarios no sustituyeron los pagos que realizaba la EPS antes mencionadas situación que contribuyo al aumento de las cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2022.

Pese a las gestión de cobro que ha implementado y las mejoras en los procesos de facturación armado de cuentas y auditoria médica la entidad no logra el equilibrio mayor a 1, derivado por la situación que presenta el sistema general de seguridad social en salud el cual ha llevado a incrementos progresivos de cartera y al no pago por parte de las entidades responsables de pago en general por los servicios de salud efectivamente prestados, los cuales demandaron que la E.S.E. deba incurrir en costos fijos como lo es mano de obra, personal de aseo, personal de vigilancia y en costos variables como medicamentos, insumos, alimentación, lavandería y que como se ha indicado inclusive debe garantizar los recursos que demandan la sobre ocupación.

Como resultado de las múltiples gestiones de cobro realizadas, la entidad en la vigencia 2022 logró incrementar el recaudo de cartera de vigencias anteriores en un 7.6% frente al logrado en 2021, sin embargo las practicas utilizadas para el no pago de los servicios prestados por algunas EAPB y que han sido puestas en conocimiento de las entidades de inspección vigilancia y control sin que se adopten las medidas efectivas que permitan mitigar el incremento de cartera en mora, la disminución del riesgo de incobrabilidad y que busquen favorecer el pago de los servicios de salud efectivamente prestados por la entidad y que redunden en mayores niveles de recaudo que permita mejorar las condiciones de prestación de servicios de salud a la población usuaria del Departamento de Boyacá.

INDICADOR: *Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado 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.)*

CALCULO DE INDICADOR

Numerador	$\frac{\$ 194.739.243.390}{\$ 232.259.127.470} = 0.84$
Denominador	

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S9.)



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado de 0.84, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra el rango que arroja una **calificación de 1.**

2.7 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.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	0,0571429	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	Presentación Oportuna de la información en cumplimiento de circular unica expedida por SUPERSALUD	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS -LIDER REPORTE CIRCULAR UNICA	No oportuna de la información en cumplimiento de Circular			Presentación Oportuna de la información en cumplimiento	0	0

El hospital no presentó los informes en su totalidad oportunamente, establecidos en la circular única en la vigencia 2022, teniendo en cuenta que dentro de los formatos establecidos quedó pendiente de cargue para 2022 el GT001, a su vez se cargó extemporáneamente el Formato FT025 y el formato FT026.

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.*

Fuente de Información: Superintendencia Nacional de Salud

Soporte: (Ver Anexo S10.)

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado No Cumple, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango en el rango No oportunidad de la información en cumplimiento Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD para una **calificación de 0.**



Indicador No. 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*

Nit	Razón Social	Indicador	ArchivoTipoFT00	ArchivoTipoST00	ArchivoTipoGT00	ArchivoTipoGT01	ArchivoTipoGT02	ArchivoTipoST00	ArchivoTipoFT00	ArchivoTipoFT02	ArchivoTipoFT018	ArchivoTipoFT
89990221	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	NO CUMPLE	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	NO REPORTE	REPORTE CORRECTO	REPORTE CORRECTO	NO CUMPLE	REPORTE CORRECTO	NO CUMPLE

2.8 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Financiera y Administrativa 40%	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	0,0571429	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumplimiento dentro de los términos previstos de la normatividad vigente	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- LIDER FINANCIERA	No oportuna	1	3	5	5	0,285714286

El hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004; Anual y trimestrales del año 2022.

Este indicador es obtenido por consulta a la página del ministerio de salud y protección social.

INDICADOR: *Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación*

Fuente de información: Ministerio de Salud y Protección Social

Soportes: (Ver Anexo S11.)

- Reporte trimestral de la oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- decreto único reglamentario del sector salud y protección social de la información emitida por Ministerio de Salud y Protección sobre la oportunidad de los informes presentados, así:

Primer Trimestre - enero a Marzo: 02 de junio de 2022

Segundo Trimestre - abril a Junio: 02 de septiembre de 2022

Tercer Trimestre - Julio a Septiembre: 29 de noviembre de 2022

Cuarto Trimestre Octubre a Diciembre: 02 de marzo de 2023



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2022 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2022 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Bolívar	SAN MARTÍN DE LOBA	ESE HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN DE LOBA	1	26/05/2022	Oportuno	03/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SAN PABLO	ESE HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	1	03/06/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	28/11/2022	Oportuno	04/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SANTA CATALINA	ESE HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA	1	26/05/2022	Oportuno	02/09/2022	Oportuno	28/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SANTA ROSA	ESE HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA	1	01/06/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	28/11/2022	Oportuno	05/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SANTA ROSA DEL SUR	ESE HOSPITAL MARQUEL ELKIN PATARRROYD	1	27/05/2022	Oportuno	02/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SIMITÍ	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	2	06/06/2022	Oportuno	29/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	SOPLAVENTO	ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA VITALIO SARA CASTILLO	1		No entregado		No entregado		No entregado		No entregado	No cumple
Bolívar	TALAGUA NUEVO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL TALAGUA NUEVO	1	31/05/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	06/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	TIQUISIO	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE PUERTO RICO	1	03/06/2022	Oportuno	05/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	04/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	TURBACO	ESE HOSPITAL LOCAL TURBACO	1	03/06/2022	Oportuno	31/08/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	03/03/2023	Oportuno	Cumple
Bolívar	TURBANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL TURBANA	1		No entregado		No entregado		No entregado		No entregado	No cumple
Bolívar	ZAMBRANO	ESE HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN	1	03/06/2022	Oportuno	01/09/2022	Oportuno	24/11/2022	Oportuno	02/03/2023	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE TUNJA	2	02/06/2022	Oportuno	05/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	06/03/2023	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	3	02/06/2022	Oportuno	02/09/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	06/03/2023	Oportuno	Cumple
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAMANGUÍ DE TUNJA	1	02/06/2022	Oportuno	06/09/2022	Oportuno	30/11/2022	Oportuno	06/03/2023	Oportuno	Cumple
Boyacá	AQUITANIA	ESE SALUD AQUITANIA	1	07/06/2022	Oportuno	06/09/2022	Oportuno	29/11/2022	Oportuno	06/03/2023	Oportuno	Cumple

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado cumple, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango cumplimiento certificado, se da una **calificación de 5**.

3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

3.1 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de 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.	0,07	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	95,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINACION DE GINECOOBSTETRICIA-	< 0,3	0,30-0,55	0,56-0,79	≥ 0,80	5	0,35

La disponibilidad y adherencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica. Desde el año 2013 el Hospital Universitario San Rafael de Tunja viene realizando la monitorización de los indicadores de adherencia a guía de manejo de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación y hemorragias del III trimestre, en cumplimiento de la resolución 710 de 2012, modificada por resolución 743 de 2013 y resolución 408 de 2018.

El resultado de la adherencia a la guía de manejo específico para hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos de la gestación al finalizar el año 2022 es de 98%, evidenciando que el cumplimiento para el año 2022.

INDICADOR: *Número de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de 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*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{122.3}{125} = 98\%$$

Este indicador es obtenido por el informe realizado por el Auditor medico de Historia clínica, el cual realiza la verificación de adherencia a la guía de manejo específica de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación según informe anexo. De igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S12.)

- Informe de evaluación de guía de manejo específica hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en el 2022 generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de febrero 2023 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación para el año 2022 se obtiene resultado 98%, y según la Resolución del Ministerio de Salud No. 408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5**.



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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Numero de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de 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	0,05	≥0.80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.	96,0%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINACION DE GINECOOBSTETRICIA-COORDINACION DE UCI NEONATAL	< 0,3	0,30-0,55	0,56-0,79	≥ 0,80	5	0,25

La primera causa de egreso para la vigencia 2022, fue la atención del parto normal, con un total de atenciones de 3234. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.

El resultado al finalizar el año 2022 es de 98% de cumplimiento de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la muestra estadísticamente significativa

A continuación, se expone la tendencia del indicador desde el año 2017 sobre las atenciones por primera causa de egreso hospitalario: Atención de parto 2017 – 2022

AÑO	ATENCIÓNES POR PRIMERA CAUSA DE EGRESO
2017	2875
2018	3322
2019	3591
2020	1531
2021	2518
2022	3234

INDICADOR: Numero de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de

egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de la evaluación

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{211.6}{216} = 98\%$$

Este indicador es formulado por el Auditor medico de Historia clínica el cual realiza la verificación de adherencia a la guía, de igual manera se presenta y analiza en Comité de Historias Clínicas de la Institución.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Soportes: (Ver Anexo S13.)

- Informe de evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: Atención de parto en el 2022, generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de febrero 2023 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Con el resultado de 98% para el año 2022 y según la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 80%, se da una **calificación de 5**.

3.3 Oportunidad en la realización de Apendicectomía.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les 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	0,05	≥0.90	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la formula del indicador.	93%	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-ASESOR PRESTACION DE SERVICIOS	< 0,51	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90	5	0,25

En el año 2022 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja el 92.6% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda al egreso se operaron en un tiempo menor o igual a 6 horas posterior a

la confirmación de su diagnóstico, resultado que cumple el estándar de mayor al 90% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.

INDICADOR: *Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les 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*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{666}{719} = 92.6\%$$

Este indicador es obtenido por Interventor de Salas de Cirugía, quien realiza la verificación de oportunidad, y es avalado por Subgerencia de Servicios de Salud según informe anexo.

Fuente de Información: Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S14.)

- Informe de auditoría a la oportunidad en la realización de Apendicetomía en el año 2022 generado por el líder medico de salas de cirugía y avalado por la Subgerencia de Servicios de Salud.

Calificación: En la calificación de la vigencia 2022 se obtiene resultado de 92.6% y utilizando la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5.**

3.4 Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía 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 pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0,05	Cero (0), o variación negativa	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la formula del indicador.	Cero (0), o variación negativa	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- EPIDEMIOLOGIA- SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	Variación interanual positiva	Variación interanual cero (0)	Variación interanual negativa	NO registro eventos de neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en	5	0,25

En el año 2022 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en No reporte o eventos de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018.

Durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022 mediante búsqueda activa institucional por equipo de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, encontrando en la revisión 299 casos de pacientes pediátricos con casos probables de infección de origen hospitalario, en dichos casos identificados se descarto que cursaran con neumonía broncoaspirativa de origen hospitalaria.

INDICADOR: *Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalaria en la vigencia anterior*

Valor 1: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el periodo de enero a diciembre de 2022.

Valor 2: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja en el año 2021.

Calculo del indicador

$$\text{Variación Interanual} = \text{Valor 1} - \text{Valor 2}$$

$$\text{Variación Interanual} = 0 - 0 = \text{NO registro eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos}$$

Fuente de Información: Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S15.)

- Este indicador es calculado por el Médico Epidemiólogo el cual realiza la verificación de adherencia a la guía, y es avalado por la Oficina Desarrollo de Servicios y el área de seguridad del paciente según informe.

- Acta de comité de seguridad del paciente de 15 de febrero 2023 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado que NO se registraron eventos de neumonías broncoaspirativa de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 da una **calificación de 5.**

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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	0,05	≥0.90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	95,5%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS-AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	< 0,51	0,51-0,70	0,71-0,89	≥ 0,90	5	0,25

Para la vigencia 2022, El área de Urgencias reportó un total de 29 atenciones correspondientes con los códigos CIE 10 relacionados con infarto agudo de miocardio supradesnivel de ST y a los cuales se les administró tratamiento trombolítico para el periodo evaluado, la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizó por auditoría médica de la oficina de calidad y con el apoyo del especialista de urgencias.

Por lo tanto, para la evaluación del indicador No. 16 de la resolución 408 de 2018, se encontraron 29 atenciones.

INDICADOR: *Número de pacientes con diagnóstico 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*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{29}{29} = 100\%$$

Este indicador es calculado por el Auditor medico de Historia clínica de la oficina de calidad quien realiza la verificación de la oportunidad en la administración del tratamiento definitivo de infarto agudo de miocardio, según informe anexo. Se presenta en comité de Seguridad historias Clínicas.

Fuente de Información: Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.

Soportes: (Ver Anexo S16.)

- Informe de auditoría a Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en el 2022, generado por auditor medico de calidad.
- Acta de comité de historias clínicas de febrero 2023 en la cual se socializa el resultado de la misma.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado de 100%, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango mayor al 90%, se da una **calificación de 5.**

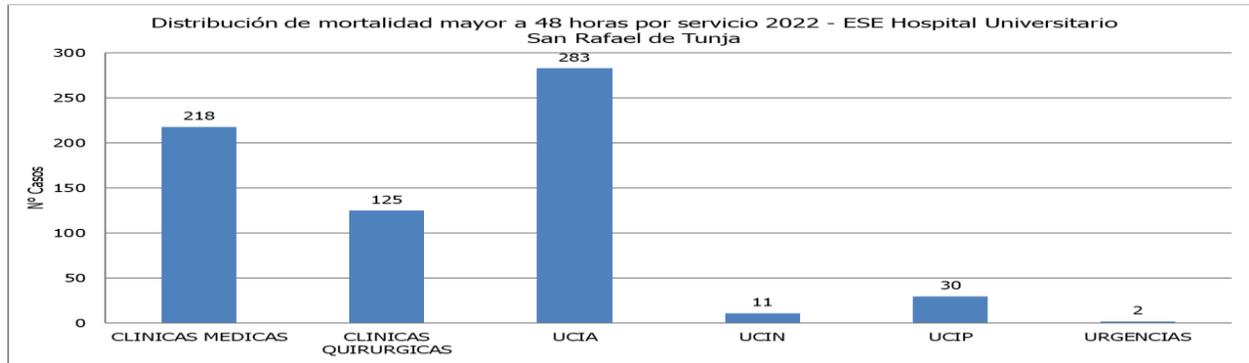
3.6 Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	0,05	≥0.90	Informe de 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 formula del indicador.	98%	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS- EPIDEMIOLOGIA - SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	< 0,51	0,51- 0,70	0,71- 0,89	≥ 0,90	5	0,25

En el año 2022 se evidencia que la tasa de mortalidad institucional global de 29.2 por 1000 egresos, cifra en disminución considerable respecto al año anterior en el que se encontraba un acumulado para el 2021 de 50.1 por 1000 egresos, cifra relacionada con el impacto del número de atenciones de infección por COVID19. Para el año 2022 se puede identificar que las enfermedades del sistema circulatorio seguido de tumores y neoplasias encabezan como primeras causas de defunción acumulada. Para el año actual, COVID19 se encuentra dentro de las 5 primeras causas de defunción acumulada manteniendo el 5 lugar.

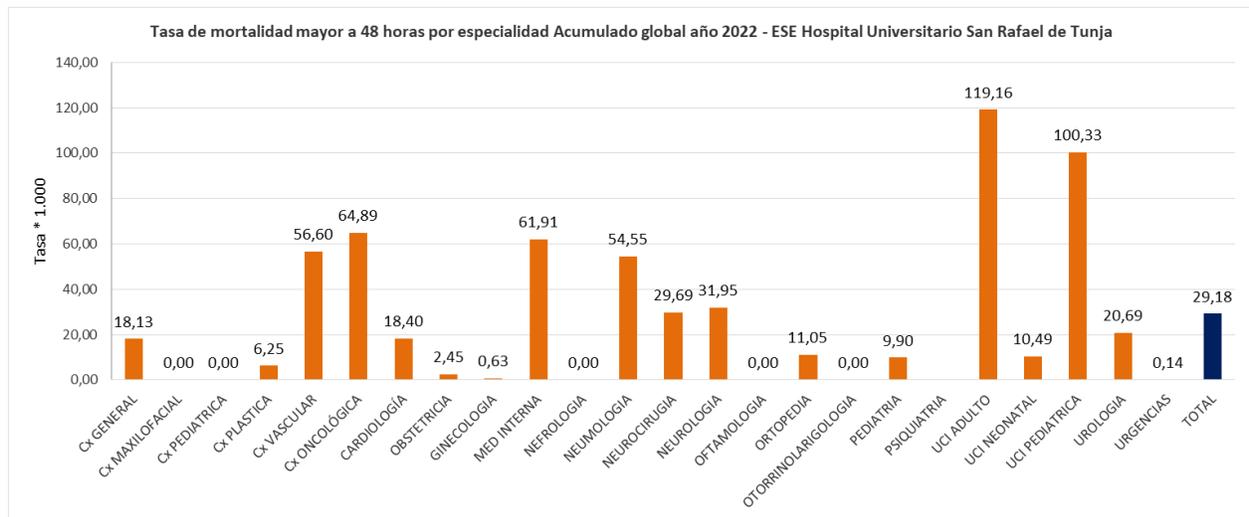
Con el objeto de realizar el análisis >90% de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas según la normatividad vigente "Resolución 408 de 2018, en el año 2022 la mortalidad con estancia mayor a 48 horas se concentró así: 42% corresponden a la UCI Adultos, 33% a Clínicas Médicas, el 19% a Clínicas Quirúrgicas, seguido con el 4% UCI Pediátrica, el 2% UCI Neonatal, y 0.3% Urgencias.





Fuente: Base de datos mortalidad 2022

Se registra para el año 2022 que las tasas específicas de mortalidad mayor a 48 horas por especialidad con denominadores (egresos) con fuente Unidad de análisis Epidemiología Calidad fueron:



Fuente: Numerador: RUAF-ND. Libro morgue.
Denominador Enero a Mayo Decreto 2193 – 4. Producción Mes. 354. Total de egresos.
Junio a Diciembre: Unidad de Análisis Epidemiología Calidad.

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{650}{666} = 97.5\%$$

Fuente de Información: Informe de 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.

Soporte: (Ver Anexo S17.)

- Informe por el auditor médico de la oficina Jurídica, el cual realiza la verificación de la Mortalidad Institucional. Se presenta y analiza cada uno de los casos reportados.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado de 97.5% de análisis, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de mayor o igual al 90%, se da una **calificación de 5**.

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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,91	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥10 días	8 y 9 días	6 y 7 días	≤ 5 días	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2022 el promedio día espera es de **2.96 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2022		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	3459	1169	2,96

INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de los 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 solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{3459}{1169} = 2.96$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

Soporte: (Ver Anexo S18.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado **2.96** días, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de menor o igual a 5 días, da una **calificación de 5**.

3.8 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,03	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,13	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥16 días	11 y 15 días	9 y 10 días	≤ 8 días	5	0,15

El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 8 días, para 2022 el promedio día espera es de **3.13 días**.

Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2022		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de pediatria de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	3390	1084	3,13

INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de ginecoobstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de

evaluación / Número total de citas de ginecoobstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación

	CALCULO DE INDICADOR		
Numerador	<u>3390</u>		
Denominador	1084	=	3.13

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S19.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado **3.13 días**, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 8 días, se da una **calificación de 5**.

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

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Ponderación	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2021	Responsable	Escala de calificación				Calificación 2022	Resultado periodo evaluado 2021
									0	1	3	5		
Gestión Clínica o asistencial 40%	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigno 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 vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	0,02	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,07	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD-COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	≥30 días	23 y 29 días	16 y 22 días	≤15 días	5	0,1

El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 15 días, para el 2022 el promedio día espera es de **3.16 días**. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO.

Indicador	Numerador	Denominador	2022		
			N	D	R
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación	Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	3183	1006	3,16

INDICADOR: *Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación*

CALCULO DE INDICADOR

$$\frac{\text{Numerador } 3183}{\text{Denominador } 1006} = 3.16$$

Fuente de Información: Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Soporte: (Ver Anexo S20.)

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Certificación de la Subgerencia de servicios de Salud.

Calificación: Aplicando la fórmula para determinar el cumplimiento en la calificación de 2022 se obtiene resultado **3.16 días**, y conforme a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 15 días, se da una **calificación de 5**.

Presentado por:



GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ
Gerente
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net

