

Al contestar cite 20221100037471



Tunja, Noviembre del 2022

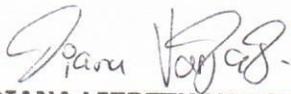
Doctor
NELSON ULLOA CALVO
Gerente (E)
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Ref. Informe de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos Tercer Trimestre de 2022.

Cordial saludo

En cumplimiento a la resolución interna 222 de 2021, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de la oficina de control interno, me permito adjuntar el Informe de Evaluación de gestión plan operativo anual por procesos, correspondiente al primer trimestre de 2022, para su conocimiento y acciones a que haya a lugar.

Atentamente,



DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ
Asesora Control Interno
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 21 folios.
C.C Oficina Asesora Desarrollo de servicios, Subgerencias y procesos intervinientes.



**INFORME DE SEGUIMIENTO A PLAN OPERATIVO ANUAL POR PROCESOS DE LA E.S.E
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

III TRIMESTRE DE 2022

1

**Elaborado por:
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, noviembre de 2022

OBJETIVO

Verificar el nivel de cumplimiento en las metas planteadas por cada uno de los planes operativos vigentes, derivados del Plan de Desarrollo «EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA».

AREAS / PROCESOS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN

Humanización, Gestión Quirúrgica, Gestión de calidad, Gestión clínica, Gestión financiera, Facturación, Auditoría de cuentas, Gestión jurídica, Seguridad del paciente, costos, planeación, TICS, mantenimiento, Biomédica, Talento Humano, Gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, Farmacia, Gestión académica.

METODOLOGÍA

- ✓ Inspección revisión y verificación de información presentada por los procesos teniendo en cuenta El procedimiento Asesoría y evaluación de la gestión Institucional Código OACI-PR-03

INTRODUCCION

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 007 de julio de 2020, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores instituciones, objetivos institucionales y los nueve pilares estratégicos de la entidad, el Plan operativo anual se constituye como un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de los pilares de la institución, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en los programas estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Asimismo, la entidad tiene la Resolución 222 del 2021 en la cual se define los mecanismos de planeación, Evaluación y rendición de informes de Gestión y en su artículo 5 define «Evaluación planes operativos por control interno: Con base a la autoevaluación que se remita en cada periodo, la Oficina de control interno entra a verificar los soportes y evidencias para todos los planes operativos y así definir la calificación y semaforización definitiva. Una vez culmine dicha calificación, la oficina de control interno rendirá informe escrito a la gerencia con copia a las subgerencias de: Servicios de salud, administrativa y financiera y la oficina asesora de desarrollo y servicios.

También se tiene un procedimiento denominado Asesoría y Evaluación de la Gestión Institucional que sirve para verificar el cumplimiento de las metas establecidas según el plan de desarrollo.



1. SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

1.1 PROGRAMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS (PEGIF)

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE III TRIM 2022
Crecimiento UVR	$\text{UVR acumulada periodo actual} / \text{UVR acumulada periodo anterior} - 1)$	"= AI AÑO ANTERIOR	100%
% Incremento en la utilización de Quirófano	$\% \text{ de Utilización Quirófano vigencia actual} / \% \text{ de Utilización Quirófano vigencia anterior} - 1)$	$\geq 0,00$	100%
Incremento en la facturación neta de la vigencia	$\text{Facturación neta de la vigencia} / \text{Facturación neta de vigencia anterior} - 1)$	$\geq A 17,168,515,905 \text{ MES}$	100%
Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoria pre radicación	$\text{Inconsistencias intervenidas} / \text{Total de inconsistencias halladas}$	$\geq 80\%$	100%
Utilización de la capacidad instalada	$\text{Capacidad instalada utilizada} / \text{Total capacidad instalada disponible}$	$\geq 90\%$	100%
Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR	$\text{Total, facturación reconocida} / \text{Número de UVR producidas}$	\geq mismo periodo vigencia anterior	100%
Gasto por UVR producida	$\text{Gasto de funcionamiento} + \text{de operación comercial y prestación de servicios} / \text{Número de UVR producidas}$	\leq mismo periodo vigencia anterior	100%
Gasto de personal por UVR producida	$\text{Gasto de personal (de planta + remuneración servicios técnicos)} / \text{Número de UVR producidas}$	\leq al periodo vigencia anterior	100%
Equilibrio con reconocimiento total	$\text{Total reconocimiento} / \text{Total gasto comprometido}$	> 1	100%
Equilibrio con recaudo total	$\text{Total recaudo} / \text{Total gasto comprometido}$	> 1	0%
Oportunidad en la respuesta de glosa inicial	$\text{Total, facturas con glosa que cuentan con respuesta oportuna} / \text{Total de facturas notificadas con glosa inicial en la vigencia}$	$> 90\%$	100%
Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera	$\text{Total, de glosas pendientes de conciliar entre las partes} + \text{Devoluciones pendientes de reconocimiento de pago} / \text{Total Cartera}$	$\leq 30\%$	100%
Aceptación de Glosa de la vigencia	$\text{Valor de Glosa neta final aceptada de la vigencia} / \text{Facturado en la vigencia}$	$< 4\%$	100%
Cumplimiento en pago de vigencias anteriores	$\text{Total de pagos de cuentas por pagar de vigencias anteriores} / \text{Total cuentas por pagar vigencias anteriores}$	100%	92%
Superavit o Déficit presupuestal	$\text{Total, ingreso reconocido} - \text{Total gasto comprometido}$	> 1	100%
Calculo del índice de Riesgo	$\text{Superavit o Déficit operacional Total} / \text{Ingresos operacionales totales recaudados}$	$\geq 0,00$	0%
Incremento Recaudo de cartera	$\text{Valor recaudado trimestre vigencia actual} / \text{Valor recaudado trimestre vigencia anterior}$	$\geq 10\%$	100%
Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera	$\text{Total, Informes trimestrales presentados} / \text{Total Informes presentados exigibles}$	100%	100%

ANALISIS DE INDICADORES

- Crecimiento UVR: El proceso responsable evidenció ejecución de la actividad a través de la medición del indicador 620 denominado Crecimiento uvr, y se realizó comparativo frente al 2021 logrando un cumplimiento del 97%.
- % Incremento en la utilización de Quirófano: Para el tercer trimestre el comportamiento del indicador mostro crecimiento en la utilización de quirófanos de 0,16, cumpliendo con la meta propuesta.
- Incremento en la facturación neta de la vigencia: El proceso responsable realizó modificación a la fórmula de medición y meta del indicador y según la evidencia se incrementó la facturación neta de los servicios de salud prestados en un 117% frente a la meta esperada que representa un \$ 26,508,852,458.
- Identificación e Intervención de Hallazgos en Auditoría pre radicación: Se evidenció a través del indicador documentado en Daruma con ID1435 que el proceso responsable dio cumplimiento a la meta propuesta, soportando las inconsistencias intervenidas con detalle de las acciones tomadas para subsanar los hallazgos encontrados.
- Utilización de la capacidad instalada: Frente a la utilización de la capacidad instalada el proceso responsable soportó que el índice se ha mantenido en un porcentaje acumulado de 138, dando cumplimiento a la meta fijada.
- Ingreso reconocido por venta de servicios de Salud por UVR: La entidad obtuvo un ingreso por servicios de salud de 9356 por cada UVR producida, permitiendo cumplir con la meta propuesta para el indicador evaluado.
- Gasto por UVR producida: Los resultados obtenidos a través de la medición del indicador 1455 Gasto por UVR producida, demuestran que se disminuyó el gasto y se evidenció que se generó gasto por 7397 por cada UVR, dando cumplimiento a la meta propuesta ya que el gasto comprometido guarda relación directa con los incrementos de facturación evidenciados en comparación con el mismo periodo de la vigencia anterior.
- Gasto de personal por UVR producida: En cuanto al gasto de personal por Uvr producida demuestra disminución evidenciando gasto por este concepto de 4512 por cada uvr producida, cumpliendo la meta propuesta, para el trimestre evaluado.
- Equilibrio con reconocimiento total: A través de los datos alimentados para el indicador 1457 documentado en Daruma el proceso soporto el cumplimiento de este mostrando que la entidad opera en condiciones de equilibrio con el reconocimiento generado llegando al 112%.
- Equilibrio con recaudo total: Para el primer trimestre la entidad no logro cumplir con la meta propuesta para el indicador llegando al 67% ya que el gasto comprometido sobrepaso el total del recaudo.



- Oportunidad en la respuesta de glosa inicial: Se dio cumplimiento a la meta establecida para este indicador en el programa PEGIF, para el periodo en seguimiento, con el 100% de la oportunidad de respuesta en glosa inicial, según lo soportado por el proceso responsable.
- Participación de la Glosa inicial y devoluciones pendientes en el total de la cartera: Para el trimestre en seguimiento el porcentaje de participación de la glosa inicial y las devoluciones frente al total de la cartera es del 11% dando cumplimiento a la meta establecida.
- Aceptación de Glosa de la vigencia: Al corte del tercer trimestre se dio cumplimiento a la meta propuesta, teniendo en cuenta que el % de aceptación fue inferior al 4% proyectado.
- Cumplimiento en pago de vigencias anteriores: Se dio cumplimiento a la meta propuesta sustentado en el cálculo del indicador 1461 documentado en daruma, logrando Se ha logrado cancelar el 92% de las cuentas constituidas de vigencia anterior, está pendiente por girar el valor de \$ 1.908.919.371, los cuales serán girados de acuerdo a pagos programados por la tesorería de la entidad.
- Superavit o Déficit presupuestal: Se dio cumplimiento a la meta establecida, indicador medido a través del total ingresos reconocidos menos el total de gasto comprometido, generándose un superávit presupuestal de \$ 59,036,578,869.
- Cálculo del índice de Riesgo: Al corte 30 de septiembre de 2022 se evidencia que la entidad operaria en condiciones de riesgo, según lo establece el proceso responsable, incumpliendo la meta propuesta.
- Incremento Recaudo de cartera: El proceso realizo modificación de la fórmula de medición y la meta propuesta enfocándola al recaudo definido en el plan financiero de la vigencia, evidenciando cumplimiento de 91,61% de la meta de recaudo, teniendo en cuenta variables como liquidaciones de EAPB que realizaban giros significativos a la entidad y que a la fecha ya no se cuenta con estos, disminuyendo el recaudo proyectado.
- Cumplimiento del artículo 22 "Cobro Persuasivo" de la Resolución 072 de 2020 Manual Interno de recaudo de Cartera: El proceso responsable allego informe de la gestión jurídica adelantada durante el tercer trimestre de la vigencia 2022, con el detallado de los cobros persuasivos adelantados por la entidad, dando cumplimiento a la met propuesta.

6

CUMPLIMIENTO	Total indicadores que superan la meta/ Total indicadores el programa por vigencia (17/19)*100	META 2022	ESTADO
	89%	90%	NO CUMPLE

La fórmula del indicador reflejada en la matriz allegada por el área financiera propone como meta un resultado mayor o igual 85% de los indicadores que superen la meta y refleja un % de cumplimiento del 91%, la cual según se verificó alcanzó un 78% de ejecución teniendo en cuenta que, de 18 indicadores, 14 cumplieron. Sin embargo, no se encontró que el programa establezca que la meta para la evaluación se deba medir sobre el 85%, por el contrario, la meta fijada para la vigencia 2022, es que se cumpla con un avance del 90%.

1.2 PROGRAMA GESTIÓN DE SISTEMA DE COSTOS.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE III TRIMESTRE
Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costos	Total, informes trimestrales de costos evaluados / Total trimestres de la vigencia	100%	100%
Acto Administrativo de Actualización de Estructura de Costos	Acto Administrativo de Actualización de Estructura de costos /Acto Administrativo de Estructura de costos por Actualizar	100%	100%
Parametrización de Centros de Costos	Acciones incluidas en el plan de trabajo con cumplimiento / Acciones incluidas en el plan de trabajo	100%	100%

7

CUMPLIMIENTO DE AVANCE ACUMULADO DE LA VIGENCIA	100%	META 2022	ESTADO
		80%	CUMPLE

ANALISIS DE INDICADORES

Se tiene establecido Programa Gestión de Sistema de Costos identificado con Código AF-PG-02, a través del cual se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión del riesgo a través del cual se garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la entidad. Para el seguimiento y medición de este programa se estableció para la vigencia 2022 realizarlo a través de 3 indicadores que son:

- Seguimiento trimestral al comportamiento de los centros de costo: El proceso responsable realizo seguimiento al comportamiento de centros de costos a través de informe trimestral en cumplimiento del artículo 2 de la Resolución 0249 de 2022, Por medio de la cual se define la metodología para la actualización y seguimiento de los costos institucionales asociados a la prestación de servicios de salud para la entidad. A través de este se identificaron oportunidades de mejora por áreas, dando cumplimiento al indicador propuesto.
- Acto administrativo de actualización de estructura de costos: El proceso responsable efectuó actualización de la resolución de centro de costos, así mismo e encuentra en etapa de aprobación procedimiento denominado «PROCEDIMIENTO DE PARAMETRIZACION» identificado con código S-PR-25, cumpliendo con la meta propuesta, a pesar de tener periodicidad de seguimiento anual.
- Parametrización de centros de costos: En cumplimiento de las acciones incluidas en el plan de trabajo de parametrización de centro de costos, el área responsable realizo dicha proceso situación que se mantiene en permanente actualización y mejora, lo que conlleva a implementar procedimiento que permita la estandarización y definición de responsabilidades. y pese a tener periodicidad anual presento avances de cumplimiento.



Frente al cumplimiento del programa se pudo establecer basado en la evidencia allegada por el proceso que consta de: Presentación de comportamiento de costos de enero a 30 de septiembre de 2022, informe del área de costos, procedimiento de Parametrización, y herramienta de seguimiento a costos por centro de costos manejados en la entidad, cumplimiento de lo establecido para el trimestre evaluado.

1.3 FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO DE LA ENTIDAD.

INDICADOR / PRODUCTO	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO III TRIMESTRE
Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT	Definición línea base del programa de prevención de Daño Antijurídico	100%	100%
Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico	# Actividades ejecutadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico / # Actividades programadas del Programa de Gestión del Riesgo y prevención de daño antijurídico	90%	N/A
Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la adherencia o no a guías, con relación a los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%
Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa	Informe jurídico que contendrá recomendaciones, cuando sea el caso, respecto del impacto de la gestión de los eventos adversos, en relación con los tres servicios mayormente involucrados en procesos judiciales, conforme a la línea base del programa	100%	100%

8

CUMPLIMIENTO DE AVANCE PARCIAL	75%	META 2022	ESTADO
		60%	CUMPLE

El proceso tiene establecido Programa denominado Gestión del Riesgo y Prevención de daño antijurídico, a través del cual se establecieron los indicadores y productos de medición de cumplimiento de este, razón por la cual se presentó como evidencia:

- Línea base del programa de prevención de daño antijurídico HUSRT: Teniendo en cuenta que el programa de prevención de daño antijurídica es una estrategia transversal de la entidad es importante conocer el origen del hecho dañoso y el hecho generador del daño antijurídico, razón por la cual para el tercer trimestre el proceso responsable allego informe detallado con análisis de las variables creadas en la oficina jurídica con base en los datos obtenidos de los procesos jurídicos que se llevan generando una línea base que por ser cambiante debe estar en continua actualización, sin embargo la oficina está en continuo trabajo que incluye sensibilización al personal médico con el contingente judicial, mejorando la cultura organizacional y generando referenciación con instituciones acreditadas del mismo nivel de complejidad.
- Cumplimiento actividades del programa de gestión del riesgo y prevención de daño antijurídico contenidas en el manual de daño antijurídico: El manual de daño antijurídico aún no ha sido aprobado por lo tanto no se puede medir el indicador propuesto, es necesario adelantar la gestión que permita



la aprobación del manual y la suscripción de las actividades a desarrollar de tal manera que permita cumplir con el objetivo del programa prevención y daño antijurídico.

- Medición del impacto de adherencia a guías, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de la línea base del programa: El proceso como evidencia de avance de la meta propuesta adjunto para el tercer trimestre, análisis de indicadores de evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a guías de manejo clínico, mediante el cual se presentaron las recomendaciones producto de la retroalimentación de las actividades del Manual de daño antijurídico, dando cumplimiento a lo propuesto.
- Medición del impacto de la gestión de eventos adversos, en relación con los servicios mayormente involucrados, conforme a la variación de línea base del programa: El proceso como evidencia de avance de la meta propuesta adjunto para el tercer trimestre, análisis de indicadores de evaluación del impacto jurídico respecto de la no adherencia a protocolos que generen eventos adversos, mediante el cual se presentaron las recomendaciones producto de la retroalimentación de las actividades del Manual de daño antijurídico, dando cumplimiento a lo propuesto.

9

Se mantiene la recomendación de continuar con la ejecución de las actividades propuestas con el fin de dar cumplimiento al objetivo de resolver o mitigar las causas primarias que puedan ocasionar daño antijurídico a la entidad, así como realizar las acciones pertinentes para la aprobación del Manual de Prevención de daño Antijurídico en cumplimiento de los establecido en el plan de desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior y según la meta fijada del 60% de avance en el cumplimiento el programa para la actual vigencia, el proceso da cumplimiento con un porcentaje del 75%.

1.4 PROGRAMA DE ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	GESTIÓN MANTENIMIENTO	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
							RESULTADO 3er TRIMESTRE		AVANCE 3 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS	Construcción, adecuación y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura del HUSRT	70%	Cumplimiento de obra (Construcción)	Construcciones ejecutadas / Construcciones solicitadas	90%	Semestral	n/a	n/a	NA
			Cumplimiento de obra (Adecuación)	Adecuaciones ejecutadas / Adecuaciones solicitadas	90%	Semestral	n/a	n/a	NA
			Porcentaje avance de obra (Mejoramiento)	% Avance real / % Avance proyectado	90%	Semestral	n/a	n/a	NA
			Actividades de mantenimiento	Número de mantenimientos correctivos	>90%	Mensual	100%	100%	100%

			correctivo	ejecutados / Número de actividades solicitados					
			Actividades de mantenimie nto preventivo	Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimien to / Número de actividades programada s	>90%	Mensual	100,0%	100%	100%

Fuente: Plan Operativo Anual: Programa de adecuación y mejoramiento de infraestructura física

ANÁLISIS DEL INDICADOR

10

CUMPLIMIENTO DE OBRA (CONSTRUCCIÓN):

Se presento Informe sobre cumplimiento de Obra en construcción donde se observa :

1. Muro para dividir área de dispensación y área administrativa en farmacia.
2. Cambio de cielo raso en los hall de ingreso a los servicios.

Es importante tener en cuenta que este indicador se mide de manera semestral razón por la cual esta el N/A

CUMPLIMIENTO DE OBRA (ADECUACIÓN)

Se presento Informe sobre de Obra Adecuación donde se observa

1. Adecuación lavamanos habitación 508.
2. Adecuación lavamanos habitación 310 se quita madera prensada y se enchapa.

Es importante tener en cuenta que este indicador se mide de manera semestral.

PORCENTAJE AVANCE DE OBRA (MEJORAMIENTO)

Para este indicador se programó el arreglo de dos unidades sanitarias caballeros y damas por semestre, directriz de gerencia y coordinador de área. razón por la cual esta el N/A

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

La oficina de control interno descarga el reporte específico del indicador 586 EJECUTAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO, Observando que para el tercer trimestre del 2022 lo siguiente:

- 1) Mantenimientos correctivos ejecutados Julio del 2022: 240.
- 2) Mantenimientos correctivos ejecutados agosto del 2022: 255
- 3) Mantenimientos correctivos ejecutados agosto del 2022: 173.

El líder de proceso entrega el reporte de solicitudes de actividades del mantenimiento Código MAN-F-22. Donde se observa la trazabilidad de la información para este trimestre. **Se debe utilizar la ultima versión que se encuentra en daruma.**

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Para el mes de agosto se tienen programados los siguientes mantenimientos preventivos: Sala de Partos Uci Neonatal Ginecología Urgencias Patología Consulta Externa Laboratorio Clínico Radiología Gastroenterología Cardiología Hemocentro Rehabilitación UPS = 14 Bomba Succión (Unidad odontológica) Refrigeradores y Congeladores = 34 Aires Acondicionados = 19 Ascensores = 4 PROGRAMADOS = 84 EJECUTADOS = 84 se cumple con el 100 % de los mantenimientos preventivos programados.

Para el mes de septiembre se tienen programados los siguientes mantenimientos preventivos: séptimo Sur Quinto Norte Quinto Sur Pediatría Tercero sur Lactario Uci Adultos Sexto Norte Sexto Sur Uci Pediatría Hospitalización Sótano Central de Esterilización Cirugía Ambulatoria Salas de Cirugía Farmacia Plantas Eléctricas = 3 Compresor Aire Instrumental Tanque Oxígeno Ascensores = 4 Se cumple con el 100% de los mantenimientos preventivos programados

11

La líder anexa plan de mantenimiento de la infraestructura Hospitalaria

RECOMENDACIÓN:

Adicionar al Informe de actividades presentado por el líder, Número de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento / Número de actividades programadas, ya que es importante ser específico y demostrar el cumplimiento de este indicador.

1.5 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO QUE IMPACTEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL EVALUAR ESTE INDICADOR	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
								AVANCE 3 TRIMESTRE
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE.	Rediseñar, Socializar, Implementar y evaluar el Programa de Gestión integral y bienestar del talento humano que impacten en la calidad de la atención del usuario y su familia.	60%	% de personal certificado en la norma de competencias definida	No. De personas certificadas en la norma definida / Total de personas programadas para certificar en la norma de competencia	>=80%	Anual	Se realizó proceso de certificación de competencias con el servicio de ginecología, enfermeras y auxiliares. Se inscribieron 47 personas y se certificaron 46	NA
			% de satisfacción del desarrollo de los programas contenidos en el PEGITH	Sumatoria de respuestas positivas / Número total de preguntas	>=80%	Semestral	Se realizó encuesta de satisfacción en el mes de julio con un total de 193 respuestas de las cuales se logra evidenciar un 84% de satisfacción	NA
			% Asistencia del plan de capacitación institucional personal de	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de	>=70%	Semestral	En las capacitaciones de los planes de formación interno participaron 33	NA

planta	capacitación programadas en el periodo / Número total de trabajadores de planta programados			trabajadores de planta.	
% Cobertura del plan de bienestar del personal de planta	Número de trabajadores de planta participantes en las actividades de bienestar programadas en el periodo / Número total de trabajadores de planta programados	>=70%	Semestral	En las actividades programadas el personal de planta participó en el día de familia 9 día compensatorio, compensatorio cumpleaños y puente mas largo. 49/49	NA
% de cumplimiento actividades de capacitación	Número de actividades ejecutadas en el periodo / Número total de actividades programadas	>=90%	Semestral	Se anexa carpetas de cada plan de formación, sin embargo el área de Laboratorio no reportó informe ni soportes	NA
% de cumplimiento actividades de bienestar	Número de actividades ejecutadas en el periodo / Número total de actividades programadas	90%	Semestral	bienestar social 21/22 Incentivos 1/1 Preparación retiro 1/1 total planeadas 24 Total ejecutadas 23	NA
Situaciones Administrativas	Total situaciones administrativas atendidas en términos / Total situaciones administrativas recibidas o a gestionar en el periodo	90%	Semestral	En el primer semestre de 2022 se tramitaron 104 situaciones administrativas de las 104 solicitadas o presentadas	NA
Cumplimiento estrategia construyendo en familia para trabajar con el alma	Número de colaboradores asistentes a los procesos formativos / Total de colaboradores que confirmen participación	30%	Semestral		NA
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO					-

Fuente: Plan Operativo: Programa

De los 8 indicadores con que tiene PEGITH, 7 se realizan con medición semestral y 1 anual, sin embargo, el proceso presento evidencias de avance:

% ASISTENCIA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL PERSONAL DE PLANTA

El líder del proceso de Talento Humano adjunta la carpeta «COBERTURA DE CAPACITACIÓN Y BIENESTAR 3 TRI» en la cual se encuentran tabulados los participantes programados y los que asistieron a las capacitaciones

% COBERTURA DEL PLAN DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE PLANTA

El proceso de Gestión del Talento Humano aporta dentro de las evidencias la carpeta «COBERTURA DE CAPACITACIÓN Y BIENESTAR 3 TRI» en la cual se encuentran tabulados los participantes programados y los que asistieron a las capacitaciones,

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

El líder del proceso, adjunta carpeta «CAPACITACIÓN» en las que se puede observar las evidencias de 3 las 18 temáticas ejecutadas dentro del 3 trimestre. Lo que muestra un avance de ejecución para este periodo.

% DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR

El líder del proceso de Talento Humano adjunta la carpeta «BIENESTAR», en la que se encuentran programadas y ejecutadas 22 actividades de bienestar social y 4 actividades de preparación de retiro programadas y ejecutadas, para un total de 26 acciones. lo que muestra un avance. Se debe tener en cuenta que la medición del indicador mes semestral.

13

SITUACIONES ADMINISTRATIVAS

El proceso adjunto la carpeta "PLANES DE FORMACIÓN 2022 ", la cual contiene el archivo Excel " SITUACIONES ADMINISTRATIVAS", en la cual se encuentran los soportes que evidencian el cumplimiento de las actividades. Se debe tener en cuenta que la medición del indicador es semestral.

CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA CONSTRUYENDO EN FAMILIA PARA TRABAJAR CON EL ALMA

El líder de proceso adjunta evidencias en la carpeta, «ESTRATEGIA DE FAMILIA» y que contiene los siguientes archivos: «INFORME PRELIMINAR AVANCE 3 TRIMESTRE 2022», «PREVENCIÓN Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR», PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SPA» Y «SALUD MENTAL»
En estos documentos se evidencia el 49 % de asistencia y las actas respectivas.

2. SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

2.1 MODELO DE ATENCIÓN ARTICULADO CON LOS PROCESOS INSTITUCIONALES, GENERANDO UNA IMPLEMENTACIÓN OPORTUNA, PERTINENTE, SEGURA E INTEGRAL PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA.

El seguimiento y evaluación del Modelo Integral de Prestación de Servicios de Salud se realiza trimestralmente por medio de indicadores construidos por los líderes de los procesos y servicios estos se plantearon teniendo en cuenta los siguientes atributos de calidad: Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Seguridad, Continuidad, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Satisfacción y Humanización para los procesos Gestión Clínica, Gestión Quirúrgica, Unidad de cuidados Intensivos Adulto , Unidad de Cuidados Intensivos pediátrico, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal ,Consulta Externa y Urgencias.

Conforme a lo establecido en el segundo objetivo estratégico del plan de desarrollo se fija una meta de implementación del modelo para el año 2022 del 55%, y que según verificación de evidencias aportadas arrojó un porcentaje del 72%, dando cumplimiento a la meta establecida.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA 2022	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	URGENCIAS	UCI ADULTOS	UCI PEDIATRICA	UCI NEONATAL	APOYO SERVICIOS SALUD	RESULTADO CONSOLIDADO TERCER TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	Implementación, Evaluación y Cumplimiento del Modelo con enfoque de Atención Primaria en Salud.	55%	75%	88%	75%	75%	63%	63%	63%	72%	100%

ANÁLISIS DEL INDICADOR

GESTIÓN CLÍNICA:

De acuerdo con el informe emitido por el programa, para el tercer trimestre del 2022, se obtuvo un cumplimiento del 87.5%, se establecieron 8 indicadores de los cuales 7 cumplen la meta.

ATRIBUTO	CÓDIGO	META	INDICADOR	ÁMBITO	TERCER TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	Promedio tercer trimestre
ACCESIBILIDAD	1748	24	Tiempo promedio de espera para asignación de cama en hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA	158.09%	No Cumple la Meta	87.5
OPORTUNIDAD	1693	12	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de internación	GESTIÓN CLÍNICA	9,9	En Metas	
PERTINENCIA	1730	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Hospitalización	GESTIÓN CLÍNICA	91.61%	En Metas	
SEGURIDAD	935	4	Índice de pacientes hospitalizados que desarrollan Úlceras por Presión	GESTIÓN CLÍNICA	3,43	En Metas	
CONTINUIDAD	955	10	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, consolidado	GESTIÓN CLÍNICA	1,59	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	1553	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consolidado	GESTIÓN CLÍNICA	92.99%	En Metas	

SATISFACCIÓN	1714	80%	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	GESTIÓN CLÍNICA	97.64%	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1721	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Hospitalización (Humanización)	GESTIÓN CLÍNICA	85.51%	En Metas	

Fuente: Informe trimestral Modelo de Atención 2022

Al verificar en software DARUMA, se evidencia que el siguiente indicador cumple con la meta establecida, por tal razón se corrige informe presentado y porcentaje de avance

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ADHERENCIA A GUÍAS EN HOSPITALIZACIÓN RESULTADO: El resultado para el tercer trimestre fue de 91,69

15

INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LA METAS ESTABLECIDA

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA ASIGNACIÓN DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN

Resultado: Sin resultado para el primer trimestre y fuera de metas en segundo trimestre, en el tercer trimestre obtuvo un resultado de 158.08%.

GESTIÓN QUIRÚRGICA:

Para el tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 87.5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 7 cumplen con las metas

ACCESIBILIDAD	78	5%	Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	0,54%	En Metas	87,5
OPORTUNIDAD	1	12	Oportunidad en la realización de cirugía programada	GESTIÓN QUIRÚRGICA	10,64	En Metas	
PERTINENCIA	1731	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías de gestión quirúrgica	GESTIÓN QUIRÚRGICA	0,00%	No Cumple la Meta	
SEGURIDAD	1408	80%	Porcentaje de adherencia a la buena práctica de cirugía segura	GESTIÓN QUIRÚRGICA	92,50%	En Metas	
CONTINUIDAD	1727	10	Tasa de Reingresos en el paciente quirúrgico a hospitalización antes de 15 días	GESTIÓN QUIRÚRGICA	1,62	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	337	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Sala de Cirugía	GESTIÓN QUIRÚRGICA	96.88%	En Metas	
SATISFACCIÓN	1715	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía (SIAU)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	100,00%	En Metas	

HUMANIZACIÓN	1741	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Salas de Cirugía (Humanización)	GESTIÓN QUIRÚRGICA	100,00%	En Metas	
--------------	------	-----	--	--------------------	---------	----------	--

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022

INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LA METAS ESTABLECIDA

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ADHERENCIA A GUÍAS DE GESTIÓN QUIRÚRGICA

Resultado: **Sin medición**

URGENCIAS:

Para el tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 75%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 6 cumplen con las metas

16

ACCESIBILIDAD	707	30	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	URGENCIAS	16,97	En Metas	75
OPORTUNIDAD	1692	10	Oportunidad en la realización de las interconsultas por especialistas en el servicio de urgencias	URGENCIAS	7,13	En Metas	
PERTINENCIA	1733	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en el servicio de Urgencias	URGENCIAS	0,00%	No Cumple la Meta	
SEGURIDAD	1706	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de urgencias	URGENCIAS	73,08%	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	612	1%	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, Urgencias Adultos	URGENCIAS	0,41%	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	251	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Urgencias	URGENCIAS	86,70%	En Metas	
SATISFACCIÓN	1716	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias (SIAU)	URGENCIAS	97,98%	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1722	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Urgencias (Humanización)	URGENCIAS	96,49%	En Metas	

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER550614

INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDAS

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ADHERENCIA A GUÍAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIO DE URGENCIAS

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS:

Con corte al tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 75%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 6 cumplen con las metas establecidas.

ACCESIBILIDAD	1774	12	Accesibilidad a UCI Adultos	UCI ADULTOS	11,86	En Metas	75
OPORTUNIDAD	1738	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas de UCI Adultos	UCI ADULTOS	45,51	No Cumple la Meta	
PERTINENCIA	1728	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Adultos	UCI ADULTOS	98,46%	En Metas	
SEGURIDAD	1707	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en servicio de UCI adultos	UCI ADULTOS	50,00%	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	1739	7%	Proporción de reingresos a UCI Adultos antes de 72 horas por la misma causa	UCI ADULTOS	0,15%	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	254	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI Adultos	UCI ADULTOS	94,84%	En Metas	
SATISFACCIÓN	1717	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adultos (SIAU)	UCI ADULTOS	98,77%	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1725	80%	Adherencia al buen trato en la UCI Adultos (Humanización)	UCI ADULTOS	100,00%	En Metas	

17

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022

INDICADORES QUE NO CUMPLEN CON LAS METAS ESTABLECIDAS.

1707 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIO DE UCI ADULTOS.

Se revisa el indicador en el software DARUMA, se evidencia que la medición es trimestral, para el primer trimestre, Segundo trimestre y tercer trimestre el indicador no cumple con la meta planteada.

1738 TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE UCI ADULTOS

Se revisa el indicador en el software DARUMA, se evidencia que es de medición mensual Este indicador se encuentra por fuera de metas en el transcurso del año.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS:

Para el tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 5 cumplen con las metas

ACCESIBILIDAD	1775	12	Accesibilidad a UCI Pediátrica	UCI PEDIÁTRICOS	12,5	No Cumple la Meta	62,5
OPORTUNIDAD	1777	2	Oportunidad al ingreso al servicio de UCI pediátrica	UCI PEDIÁTRICOS	183.31%	No Cumple la Meta	
PERTINENCIA	1729	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Pediátrica	UCI PEDIÁTRICOS	100,00%	En Metas	
SEGURIDAD	1708	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI pediátrica	UCI PEDIÁTRICOS	61.54%	No Cumple la Meta	
CONTINUIDAD	1737	10	Reingresos a UCI Pediátrica antes de 72 horas por la misma causa	UCI PEDIÁTRICOS	0	En Metas	
GESTIÓN DEL RIESGO	44	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI pediátrica	UCI PEDIÁTRICOS	94.06%	En Metas	
SATISFACCIÓN	1718	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica (SIAU)	UCI PEDIÁTRICOS	97.62%	En Metas	
HUMANIZACIÓN	1724	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Pediátrica (Humanización)	UCI PEDIÁTRICOS	97.10%	En Metas	

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022

INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDA.

1775 ACCESIBILIDAD A UCI PEDIÁTRICA:

1777 OPORTUNIDAD AL INGRESO AL SERVICIO DE UCI PEDIÁTRICA:

1708 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE UCI PEDIÁTRICA.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES:

De acuerdo con el informe emitido por el programa. Para el tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5 %, se establecieron 8 indicadores de los cuales 5 cumplieron y 3 no cumplieron.

ACCESIBILIDAD	1776	88%	Accesibilidad a UCI Neonatal	UCI NEONATALES	80,85%	No Cumple la Meta	62,5
---------------	------	-----	------------------------------	----------------	--------	-------------------	------



OPORTUNIDAD	1703	2	Tiempo promedio de respuesta a interconsultas en UCI Neonatal al Servicio de Urgencias	UCI NEONATALES	0,91	En Metas
PERTINENCIA	1732	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en UCI Neonatal	UCI NEONATALES	98,67%	En Metas
SEGURIDAD	1709	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en el servicio de UCI neonatal	UCI NEONATALES	88,00%	No Cumple la Meta
CONTINUIDAD	1259	80%	Proporción de captación inicial al PMC ambulatorio, Hospitalización	UCI NEONATALES	67,20%	No Cumple la Meta
GESTIÓN DEL RIESGO	259	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - UCI neonatal	UCI NEONATALES	99,08%	En Metas
SATISFACCIÓN	1719	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal (SIAU)	UCI NEONATALES	100,00%	En Metas
HUMANIZACIÓN	1723	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de UCI Neonatal (Humanización)	UCI NEONATALES	100,00%	En Metas

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022

19

INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDA.

1776 ACCESIBILIDAD A UCI NEONATAL

1709 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL

1259 PROPORCIÓN DE CAPTACIÓN INICIAL AL PMC AMBULATORIO, HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS APOYO SALUD - CONSULTA EXTERNA.

Con corte al tercer trimestre se obtuvo un cumplimiento del 62.5%, se plantearon 8 indicadores de los cuales 5 cumplen con la meta establecida

ACCESIBILIDAD	684	8	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	CONSULTA EXTERNA	2,51	En Metas	62,5
OPORTUNIDAD	1743	15	Oportunidad en la asignación de citas en consulta externa - consolidado	CONSULTA EXTERNA	9,18	En Metas	
PERTINENCIA	1744	60%	Porcentaje de cumplimiento del programa de adherencia a guías en Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	0,00%	No Cumple la Meta	
SEGURIDAD	2857-1745	90%	Proporción de vigilancia de eventos adversos en Consulta Externa y	CONSULTA EXTERNA	28,57%	No Cumple la Meta	



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



8-7405030



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



			Servicios de Apoyo			
CONTINUIDAD	1262	10%	Proporción de retraso inicial al ingreso al PMC ambulatorio, Hospitalización	CONSULTA EXTERNA	1,64%	En Metas
GESTIÓN DEL RIESGO	263	75%	Adherencia al protocolo de lavado de manos - Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	96.54%	En Metas
SATISFACCIÓN	1746	80%	Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (SIAU)	CONSULTA EXTERNA	93.75%	En Metas
HUMANIZACIÓN	1747	80%	Adherencia al buen trato en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo (Humanización)	CONSULTA EXTERNA	0,00%	No Cumple la Meta

Fuente: Informe tercer trimestre Modelo de Atención 2022

20

INDICADORES QUE NO CUMPLEN METAS ESTABLECIDAS

1745 PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO

Para el caso del siguiente indicador ADHERENCIA AL BUEN TRATO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS DE APOYO (HUMANIZACIÓN) se evidencia que los meses de julio, agosto y septiembre de 2022 lo reportan en cero, con la siguiente observación "El indicador muestra un reporte en cero para el mes de SEPTIEMBRE, teniendo en cuenta que el instrumento de recolección de información (encuesta) se encuentra en el trámite de corrección y aprobación pertinente."

PARA CONCLUIR SE OBSERVA QUE:

Los procesos con menor cumplimiento de metas establecidas por indicador para el tercer trimestre del 2022 fueron: Unidad de cuidados intensivos neonatal, Unidad de cuidados intensivos pediátricos y consulta externa y los Atributos del indicador donde se están presentando más incumplimiento de metas son: Seguridad, Accesibilidad y oportunidad.

Es importante realizar seguimiento continuo a los indicadores que no están cumpliendo con las metas establecidas a través de las bitácoras de fallas asociadas y planes de acción del software Daruma y así contribuir a una mejora continua, adicionalmente es importante recalcar que la calidad de la información reportada en la evidencias aportadas debe ser veraz y oportuna; esto teniendo en cuenta que al confrontar la información reportada/ software DARUMA modulo indicadores, no coincidía los reportes de los indicadores.

2.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BAJO EL ENFOQUE DE ADAPTACIÓN Y MITIGACIÓN DE RIESGOS.

Se tiene establecido Programa Seguridad del Paciente identificado con Código CA-PG-03, a través del cual se señalan las directrices de seguimiento y medición para el cumplimiento del Eje establecido en el Plan de Desarrollo denominado Gestión Clínica Excelente y segura. Con base en lo anterior se realizó



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

seguimiento al cumplimiento de las metas propuestas donde se pudo concluir que el proceso midió 4 indicadores que son:

- Proporción de vigilancia de eventos adversos
- Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente
- Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente
- Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE 3 TRIMESTRE
Proporción de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	>90%	66%
Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente	Sumatoria del número de listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos que cumplen con los criterios según estándar (protocolo...) institucional en el periodo / Sumatoria total de las listas de chequeo aplicadas por pacientes atendidos en el periodo X 100	>=80%	100%
Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas	No. de ítems de implementación que se que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems evaluado en el periodo según cronograma .x100	>=65%	100%
Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente	Acciones de control ejecutadas / Acciones de control identificadas	>=65%	NA

21

El proceso responsable presentó Informe de Gestión con el análisis de cada indicador medido, en cuanto al análisis del indicador **Proporción de vigilancia de eventos adversos del tercer trimestre**, se puede evidenciar lo siguiente:

Los procesos misionales con menor gestión de eventos adversos corresponden al proceso apoyo de servicios de salud con un 35%, servicio farmacéutico con un 33% y Gestión Quirúrgica con 52%

Comparando los resultados del tercer trimestre con el segundo trimestre se observa una tendencia al descenso de los resultados, lo cual permite evidenciar un incumplimiento a la meta establecida teniendo en cuenta que el segundo trimestre obtuvo (83%) y para el tercer trimestre (66%),



Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente**, se observa que el resultado del indicador se obtiene de la aplicación de nueve listas de chequeo; teniendo en cuenta el informe presentado por el proceso en el cual se muestra que el proceso misional que obtuvo la mayor calificación fue la Unidad de Cuidados Intensivos NEONATAL con un 94% de cumplimiento en los ítems evaluados, y los servicios con menor porcentaje de cumplimiento en los ítems evaluados fue el servicio de urgencias con un 54% de cumplimiento. El consolidado del indicador da como resultado un 82% valor por encima de la meta establecida.

Al analizar el indicador **Promedio de la calificación de la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas**, y de acuerdo a la información reportada por el proceso en el informe se evidencia que el promedio de la calificación de la implementación de las BPS priorizadas, para el tercer trimestre del 2022, se encuentra en 80%, superando la meta establecida.

La medición del indicador Gestión del riesgo extremo y alto en seguridad del paciente no aplica para este trimestre, las acciones de control se encuentran en ejecución.

22

CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL TRIMESTRE	89%	META 2022	ESTADO
		70%	CUMPLE

2.3 PROGRAMA INTEGRALIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO.

Teniendo en cuenta el oficio radicado por la OFICINA ASESORA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS el 06 de octubre de 2022, en la oficina de Planeación con asunto **SOLICITUD PARA LA REPROGRAMACIÓN Y AJUSTE DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2022 – 2023**, de acuerdo a esta solicitud se realizó mesa técnica llevada a cabo por las áreas el 5 de octubre del presente año en la que se definieron las necesidades en el reajuste de las actividades establecidas para el desarrollo del POA de estos programas, que la definición inicial de los planes no contempló algunas situaciones como el impacto de la pandemia sobre el sistema de salud, el equilibrio financiero de la entidad con la liquidación de algunas EPS, la venta de los servicios relacionados con los programas entre otras.

Estas situaciones han dificultado el proceso de construcción y puesta en marcha de muchos de estos programas, situación que se sustenta con el fin de realizar los ajustes correspondientes al POA y la reprogramación del mismo, bajo la óptica de brindar procesos centrados en el paciente, pero aterrizados a la condiciones técnicas, financieras y administrativas de la entidad.

A continuación, se describen los cambios realizados en el programa inicial describiendo el servicio y respectiva justificación para suprimir la actividad del POA.



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



8-7405030



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



SERVICIO PRIORIZADO	OBSERVACIÓN
PROYECTO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA - FASE 3 (UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA)	La fase 3 del proyecto de hematología implica la adquisición de equipos y desarrollo de infraestructura para su ejecución por un estimado de 24 millones de dólares incluyendo la construcción del bunker de radioterapia y la adquisición del acelerador lineal de partículas, entre otros, situación que por planeación financiera no es viable a corto o mediano plazo, entendiéndose que este presupuesto supera la capacidad financiera de la entidad y no es posible su ejecución en esta vigencia.
UNIDAD DE ALERGOLOGÍA	El país cuenta con 147 alergólogos e inmunólogos en todo el territorio nacional, los cuales frente a las propuestas emitidas tienen tarifas propias las cuales se encuentran alrededor de los \$280.000 (cotizaciones telefónicas) por consulta, lo cual supera el valor establecido en la tarifa institucional la cual está alrededor de \$150.000 hora. Por tanto, no es posible realizar la contratación del profesional requerido para la ejecución del programa, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.
CIRUGÍA DE TÓRAX	Frente a las propuestas emitidas tienen tarifas propias las cuales se encuentran alrededor de los \$240.000 2 pacientes por hora e interconsulta por valor de \$120.000 lo cual supera el valor establecido en la tarifa institucional la cual está alrededor de \$150.000 hora. Por tanto, no es posible realizar la contratación del profesional requerido para la ejecución del programa, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.
CIRUGÍA HEPATOBILIAR	El país cuenta con 21 cirujanos hepatobiliares reportados por la sociedad en todo el territorio nacional los cuales frente a las propuestas emitidas tienen tarifas propias las cuales se encuentran alrededor de los \$300.000 por consulta lo cual supera el valor establecido en la tarifa institucional la cual está alrededor de \$150.000 hora. Por tanto, no es posible realizar la contratación del profesional requerido para la ejecución del programa, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.
PROGRAMA DE NEFROPROTECCIÓN	No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, ya que dentro de su definición debe contar con un NEFRÓLOGO en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que según reporte de laboratorios sugestivos de alteración renal para la definición de su manejo integral, sin embargo este programa está contemplado dentro de las cuentas de alto costo de las EAPB y su definición puede encontrarse a la luz de la Resolución 1393 de 2015 y Decreto 2699 de 2007. Por ello la mayoría de las EPS ya cuentan con sus programas e IPS aliadas para el manejo en donde las tarifas propuestas en el estudio de mercado no son competitivas ya que como hospital no se maneja volumen y ello no es rentable para la entidad dentro de la venta del servicio, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.

<p>PROGRAMA DE ARTRITIS REUMATOIDE</p>	<p>No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, ya que dentro de su definición debe contar con un REUMATÓLOGO en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que presenten una clínica sugestiva de alteración inflamatoria para la definición de su manejo integral, sin embargo este programa está contemplado dentro de las cuentas de alto costo de las EAPB y su definición puede encontrarse a la luz de la Resolución 1393 de 2015 y Decreto 2699 de 2007. Por ello la mayoría de las EPS ya cuentan con sus programas e IPS aliadas para el manejo en donde las tarifas propuestas en el estudio de mercado no son competitivas ya que como hospital no se maneja volumen y ello no es rentable para la entidad dentro de la venta del servicio, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.</p>
<p>PROGRAMA - CLÍNICA DE FALLA CARDIACA</p>	<p>No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, ya que dentro de su definición debe contar con un CARDIÓLOGO en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que presenten una clínica sugestiva de daño cardíaco para la definición de su manejo integral. En su defecto se propone la consolidación del programa de clínica de falla cardíaca fusionado con las directrices de hospital día en el servicio 6 sur donde se encuentran las salas de infusión las cuales ya se encuentran en ejecución y pueden brindarle una estructura sanitaria asistencial en el cual el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar, lo cual apunta a los objetivos del plan de desarrollo.</p>
<p>PROGRAMA - CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR</p>	<p>No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, ya que dentro de su definición debe contar con un CARDIÓLOGO, NEUMÓLOGO, MEDICO INTERNISTA en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que presenten una clínica sugestiva de daño pulmonar para la definición de su manejo integral. Por su definición las tarifas propuestas en el estudio de mercado no son competitivas y ello no es rentable para la entidad dentro de la venta del servicio ya que requiere la adquisición de tecnología que en el momento no está contemplada financieramente, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.</p>
<p>PROGRAMA DE DIABETES</p>	<p>No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, ya que dentro de su definición debe contar con un MÉDICO INTERNISTA Y ENDOCRINÓLOGO en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que presenten una clínica sugestiva de alteración metabólica para la definición de su manejo integral, sin embargo este programa está contemplado dentro de las cuentas de alto costo de las EAPB y su definición puede encontrarse a la luz de la Resolución 1393 de 2015 y Decreto 2699 de 2007. Por ello la mayoría de las EPS ya cuentan con sus programas e IPS aliadas para el manejo en donde las tarifas propuestas en el estudio de mercado no son competitivas ya que como hospital no se maneja volumen y ello no es rentable para la</p>

	entidad dentro de la venta del servicio, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.
PROYECTO HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA -	La fase 3 del proyecto de hematología implica la adquisición de equipos y desarrollo de infraestructura para su ejecución por un estimado de 24 millones de dólares incluyendo la construcción del bunker de radioterapia y la adquisición del acelerador lineal de partículas, entre otros, situación que por planeación financiera no es viable a corto o mediano plazo, entendiendo que este presupuesto supera la capacidad financiera de la entidad y no es posible su ejecución en esta vigencia.
FASE 4 (UNIDAD DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA)	
TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL AGUDO	No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiriere, ya que dentro de su definición debe contar con un NEFRÓLOGO en acompañamiento de médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una nutricionista, además de la adquisición de equipos biomédicos y tecnologías para el manejo de las patologías asociadas; el enfoque del programa es realizar captación y selección de usuarios que según reporte de laboratorios sugestivos de alteración renal para la definición de su manejo integral, sin embargo este programa está contemplado dentro de las cuentas de alto costo de las EAPB y su definición puede encontrarse a la luz de la Resolución 1393 de 2015 y Decreto 2699 de 2007. Por ello la mayoría de las EPS ya cuentan con sus programas e IPS aliadas para el manejo en donde las tarifas propuestas en el estudio de mercado no son competitivas ya que como hospital no se maneja volumen y ello no es rentable para la entidad dentro de la venta del servicio, por lo que se sugiere suprimir la actividad del POA.
PROGRAMA - CLÍNICA DE MALFORMACIONES CRANEOFACIALES	No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiriere, en este caso se propone suprimir el programa
PROGRAMA DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS	No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiriere, en este caso se propone suprimir el programa
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Por demanda del servicio y necesidades de la especialidad el volumen de pacientes no da la base técnica para su ejecución, además el costo del especialista supera la propuesta técnica, se sugiere suprimir la especialidad.
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	Por demanda del servicio y necesidades de la especialidad el volumen de pacientes no da la base técnica para su ejecución, además el costo del especialista supera la propuesta técnica, se sugiere suprimir la especialidad.

ORTOPEDIA INFANTIL	Por demanda del servicio y necesidades de la especialidad el volumen de pacientes no da la base técnica para su ejecución, además el costo del especialista supera la propuesta técnica, se sugiere suprimir la especialidad.
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	No se cuenta con la infraestructura ni el talento humano para poder generar el programa con las condiciones de seguimiento que requiere, en este caso se propone generar listas de chequeo desde el área de seguridad del paciente para la mitigación del riesgo y el control del paciente que requiere nefroprotección. El costo de la construcción de quirófanos y unidades de recuperación supera la proyección financiera. Es necesario entrar a reevaluar el programa, por lo tanto, se sugiere suprimir esta propuesta.

Fuente: Informe alta complejidad corte tercer trimestre 2022

Frente a las justificaciones presentadas anteriormente fue necesario realizar la reprogramación de todas las actividades las cuales fueron avaladas por la oficina de planeación de la entidad dejando los siguientes programas:

- Hospitalización domiciliaria y programa - clínica de falla cardiaca – **cambia para el programa hospital día**
- UCI coronaria
- Cirugía de cabeza y cuello
- Programa de rehabilitación cardiaca
- Electrofisiología

Teniendo en cuenta los cambios realizados anteriormente, se deroga la resolución 155 de 19 de abril de 2022 y se aprueban los ajustes a los programas institucionales en la ESE Hospital universitario San Rafael de Tunja, mediante la Resolución 453 de 04 de noviembre de 2022, adicionalmente se evidencia actualización del documento del **PROGRAMA ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO** Versión 4, identificada con el código **GQR-PG-01**

Para la medición de cada avance anual se tendrán en cuenta los servicios priorizados para cada vigencia, teniendo como un 100% la totalidad de programas, se agruparon anualmente los servicios y/o proyectos en los 3 años, donde el aporte de cada vigencia es de 100%.

PROGRAMA DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO			
2021	1	PROYECTO UNIDAD DE CANCEROLOGÍA - FASE 1	5%
	2	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	5%
	3	PROGRAMA CLÍNICA DE OSTEOPOROSIS	5%
	4	PROGRAMA CLÍNICA DE OBESIDAD	5%
	5	PROGRAMA DE PIE DIABÉTICO	5%
	6	PROGRAMA HOSPITAL SEGURO CONTRA LA TROMBOSIS	5%
	7	PROGRAMA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN	5%
	8	PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS	5%
	9	COMITÉ DE BIOÉTICA	5%
	10	LABORATORIO DE PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR	5%



	11	PROGRAMA DE ACCESOS VASCULARES	5%
	12	PROGRAMA DE EXTENSIÓN COMUNITARIA	5%
	13	MICROCIRUGÍA	5%
	14	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	5%
	18	UCI CORONARIA	5%
2022	19	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	5%
	20	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA	5%
2023	21	PROGRAMA CLÍNICA DE DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	5%
	22	ELECTROFISIOLOGÍA	5%

Fuente: Programa alta complejidad

Para la medición de avances y cumplimiento de cada año, se realizará de acuerdo al cumplimiento por fases, cada una de estas estará marcada por una vigencia, para cada programa, proyecto o especialidad, se tendrán 6 indicadores de avance, de los cuales se hará medición cada uno de los mismos, dando porcentaje de cumplimiento en cada trimestre en los que aplique según cronograma individual de cada servicio, programa o proyecto.

27

MATRIZ DE CUMPLIMIENTO A INDICADORES - PROGRAMA DE ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO					
VIGENCIA	SERVICIO PRIORIZADO	CRITERIOS DE MEDICIÓN	PERIODOS EVALUADOS		
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE
2022	HOSPITAL DÍA Y SALA DE INFUSIONES	Indicador: Diagnóstico situacional			50%
		Indicador: Documento del programa			50%
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.			80%
		Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores			50%
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa			50%
		Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.			75%
2022	UCI CORONARIA	Indicador: Estudio de costos, paquetes y facturación.			100%
		Indicador de cumplimiento de cronograma			100%
		Indicador: fase preoperatoria y documentación			100%
		Indicador: porcentaje de cumplimiento Res 3100 (avance según cronograma)			100%
		Habilitación (avance según cronograma)			100%
		Indicador: porcentaje de implementación (avance según cronograma)			100%
2022	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Indicador: porcentaje de operación (según cronograma)			100%
		Indicador: Diagnóstico situacional y justificación			
		Indicador: porcentaje de cumplimiento Habilitación según Res 3100			
		Indicador: Estudio de costos, estudio de mercado y estudios precontractuales.			
2022	PROGRAMA REHABILITACIÓN CARDIACA	Indicador: Operación y Producción.			
		Indicador: Diagnóstico situacional			
		Indicador: Documento del programa			
		Indicador: Porcentaje de protocolos, guías, procedimientos, rutas, base de datos, etc.			
		Indicador: Planteamiento y parametrización de Indicadores			
		Indicador: Porcentaje de cumplimiento de indicadores de resultado del Programa			
CUMPLIMIENTO POR TRIMESTRES					80%

Fuente: Informe alta complejidad corte tercer trimestre 2022

CUMPLIMIENTO DE AVANCE DEL	80%	META 2022	ESTADO
		100%	NO CUMPLE



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER550914 OS-CER559927

TRIMESTRE		
------------------	--	--

OBSERVACIONES:

- DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 453 del 2022:** La oficina de control interno sugiere realizar seguimiento al cumplimiento de esta resolución y a los respectivos comités de cada programa, Asimismo se debe reportar un informe mensual de los avances del programa y el reporte mensual de los indicadores con el respectivo análisis de los mismos.

2.4 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN - REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE TERCER TRIMESTRE
Implementación plan de trabajo de farmacia	Número de actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas	90%	76%

Al verificar el documento " Identificación y Seguimiento Plan de Trabajo" se observa que para el tercer trimestre de 2022 se programaron 11 Actividades, de las cuales replantean mediante solicitud a la Oficina Asesora de Planeación las actividades 10 y 12; en cuanto a la actividad 8 y 11 no aportan evidencias; el avance de cumplimiento de su ejecución fue del 76%. Con lo anterior se concluye que con corte al tercer trimestre se incumplió la meta establecida (90%)

Se recomienda dar cumplimiento estricto a las actividades pendientes por ejecutar y verificar la actividad No 11 (Revisar, actualizar y socializar la documentación técnica del Servicio Farmacéutico), teniendo en Cuenta que no es claro quién es el responsable de su ejecución, adicionalmente se reitera la descripción las actividades aclarando cuales corresponden a «cumplimiento de requisitos de Buenas Prácticas de Elaboración» (BPE), y las de «cumplimiento de requisitos de Buenas Prácticas de Manufactura» (BPM).

Es importante aclarar que el plan de trabajo de farmacia presenta avance de cumplimiento de actividades, sin embargo, de acuerdo al resultado de la visita del INVIMA en BPE no se obtuvo la Certificación en el 2022

2.5 PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN QUE INVOLUCRE LA SENSIBILIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO CON ENFOQUE TANTO PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	AVANCE ACUMULADO III TRIMESTRE
Adherencia al buen trato (UCI´s, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro)	Número de ítems de la lista que se cumple / Total de ítems evaluados en el mismo periodo	90%	100%

Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores	Número de áreas impactadas / Número Total de áreas	90%	100%
Gestión y Seguimiento intrahospitalario	Número de Seguimientos Intrahospitalarios / Total de pacientes registrados en el periodo	60%	100%
Seguimiento a las Intervenciones de las acciones prioritizadas	Número de ítems intervenidos / Número de ítems que no se cumplen	60%	100%

CUMPLIMIENTO DE AVANCE	100%	META 2022	ESTADO
		60%	CUMPLE

ANALISIS DE INDICADORES

- **Adherencia al buen trato:** Dentro del eje del Plan de desarrollo «Humanización de los servicios de salud» se busca mejorar la satisfacción y calidad de vida de usuarios tanto internos como externos promoviendo una cultura de humanización la cual durante el primer semestre del 2022 alcanzó un 100% de avance evidenciado a través de la medición del indicador de «Adherencia al buen trato en el servicio» basado en encuestas realizadas en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Uci adultos, Uci pediátrica y Uci neonatal, dentro de enfoques de comunicación asertiva, información oportuna, y fidelización del paciente.

El proceso responsable en concordancia con lo establecido dentro del Programa de Humanización realizó seguimiento a adherencia en el área de Ucis, Hospitalización, Urgencias, programa madre canguro, con un registro de 836 pacientes, logrando 96% de adherencia, situación que permitió cumplir con la meta propuesta del 90%, y se evidenció través de matriz de tabulación de las encuestas de medición aplicadas.

Adicionalmente se resalta el compromiso del proceso responsable en la implementación y documentación de la encuesta para la adherencia al buen trato en la UCI Neonatal y/o programa madre canguro intrahospitalario, a través del módulo Daruma identificado con código GER-F-08, además de la actualización de los formatos GER-F-10, GER-F-11(obsoleto) y GER-F-09.

- **Cobertura del programa de espacios de esparcimiento a colaboradores:** El Proceso responsable allegó evidencia de ejecución de las actividades propuestas en el marco del programa de espacio de esparcimiento a colaboradores, aplicadas en las 44 áreas de la entidad mediante pausas activas, desarrollo de estrategias de humanización, campeonatos deportivos "San Rafa activo", San Rafa biodiverso, entrenamientos deportivos, rumbo terapia, actividades y celebración semana san Rafa, permitiendo impactar positivamente en los colaboradores de la entidad y la mejora en su desempeño, evidencias soportadas mediante formato GER-F-03 Cronograma de trabajo, planillas de inscripción y participación así como evidencia fotográfica.

Se dio cumplimiento en 100% a la meta establecida.

- **Gestión y Seguimiento intrahospitalario:** El Programa Humanización de la Atención en Salud, estableció como tercer indicador el denominado Gestión y Seguimiento intrahospitalario, con avance de cumplimiento del 100% evidenciado por el proceso a través de una matriz denominada Gestiones Diarias, en la cual se detallan las acciones realizadas como apoyo a los pacientes hospitalizados. Para el tercer trimestre a través de matriz el proceso se evidencio por piso que el numero personas atendidas durante el tercer trimestre fue de 1604 personas logrando 1329 seguimientos entre gestiones, llamadas, video llamadas y acciones intrahospitalarias impactando el 82,86%, situación que dio cumplimiento a la meta planteada del 60%. (Tablas anexas evidencia del área de Humanización).

Gestión y seguimiento Intrahospitalario	83%
Total, personas atendidas en el trimestre	1.604

Seguimientos Intrahospitalarios	517
Gestiones	812
Seguimientos Intrahospitalarios	1.329

30

- **Seguimiento a las Intervenciones de las acciones priorizadas:** El proceso responsable una vez realizado el análisis del indicador de adherencia al buen trato identico los ítems que obtuvieron un porcentaje inferior al 80% con el fin de realizar socialización a los servicios encargados y suscribir compromisos que mejoren los resultados obtenidos, es así como se identificaron 4 ítems que no cumplen en hospitalización, 1 en uci pediátrica y 1 en urgencias, suscribiéndose actas de socialización que se anexan como evidencia, adicionalmente se realizó capacitación con el personal de los servicios mencionados con el fin de corregir y mejorar la atención prestada, dando así cumplimiento al indicador.

Lo anterior permitió dar cumplimiento del 100% a lo establecido en el indicador.

3. OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS.

3.1 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	RESULT ADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE
GESTIÓN DEL RIESGO	Garantizar la gestión de los recursos que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización.	Programa de Gestión y Desempeño Institucional	Implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	> Resultado año anterior	Medición Desempeño	Actividades ejecutadas plan de acción MIPG / Actividades programadas	>=90%	Trimestral	90%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO									90%

Fuente: Plan Operativo programa de Gestión y Desempeño Institucional



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

POLITICA	PORCENTAJE AVANCE
INTEGRIDAD	100%
TALENTO HUMANO	100%
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	100%
GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO	100%
GOBIERNO DIGITAL	100%
DEFENSA JURIDICA	n/a
SERVICIO AL CIUDADANO	n/a
RACIONALIZACION DE TRAMITES	100%
PARTICIPACION CIUDADANA EN LA GESTION PUBLICA	n/a
SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	n/a
GESTIÓN DOCUMENTAL	100%
GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION	0%
GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA	100%
RESULTADO CONSOLIDADO 3 TRIMESTRE 2022	90%

Fuente: Informe Plan de Acción Planeación

31

Se evidencia en el plan de acción del MIPG con corte a Septiembre un cumplimiento del 90%; y de acuerdo a los soportes enviados se observa un desempeño a la totalidad de actividades de los planes de acción de las siguientes políticas: Talento Humano, Integridad, Planeación Institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto, Política de Fortalecimiento organización y simplificación de procesos, Gobierno Digital, racionalización de tramites, seguimiento y evaluación institucional, gestión documental, gestión del conocimiento y la innovación, Gestión de la información estadística, en cuanto a la política Gestión de la innovación no se cumplió con la actividad relacionada.

Para este trimestre se programaron 20 actividades de las cuales 19 se ejecutaron y una no se realizó.

3.2 PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	Sistemas	ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL EVALUAR ESTE INDICADOR	OBSERVACIONES LIDER PROCESO	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
						RESULTADO 2do TRIMESTRE				AVANCE 3 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS Y SEGUROS	programa de gestión de integración de sistemas de información	70%	Cumplimiento de actividades del programa integración del sistema de información	>=80%	Trimestral	92%	Cronograma de actividades	Respecto al avance anual, el cronograma se encuentra en un 65% de cumplimiento	66%	83%
			Integraciones ejecutadas en la vigencia	>=1	Anual	N/A	Pruebas de integración realizadas en el del primer semestre del 2022	En el momento no se a podido dar una fecha de salida a producción por motivos que la empresas Involucradas se encontraban en periodo de vacaciones	n/a	NA
			Cumplimiento proyectos TI	>=80%	Trimestral	100%	Contratos de tecnología para ejecución de los proyectos No. 220, 243, 552 y 318	El proyecto PO01 esta para ejecución para el mes de Julio	92%	100%

Fuente: Tabla de resultados programa de integración del sistema de información

Es importante tener en cuenta que el programa tiene 3 indicadores como se describe a continuación:

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	Sistemas	ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL EVALUAR ESTE INDICADOR	OBSERVACIONES LIDER PROCESO	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
						RESULTADO 2do TRIMESTRE				AVANCE 3 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS	programa de gestión de integración de sistemas de	70%	Cumplimiento de actividades del programa integración	>=80%	Trimestral	92%	Cronograma de actividades	Respecto al avance anual, el cronograma se encuentra en un 65% de cumplimiento	66%	83%



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



8-7405030



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



SC-CER306254 SA-CER560814 OS-CER560814

La actividad que no se cumplió corresponde: Realizar la actualización de hardware y software del Sistema RIS/ PACS (Agility) a la solución Enterprise Imaging de Agfa HealthCare.

CUMPLIMIENTO PROYECTOS TI

Indicador de cumplimiento de proyectos de TI, para fortalecer los sistemas de información se necesita renovar y/o mejorar la infraestructura actual, así como la adopción de nuevas tecnologías. Se debe tener en cuenta que los proyectos pueden desarrollarse de manera escalonada, en cada vigencia se pueden realizar actividades parciales, esto dependerá del flujo de recursos, disponibilidad de intervención en las áreas del hospital, entre otros. Este indicador de resultado tendrá un peso porcentual del 20%.

CODIGO	PROYECTO	PCT	OBSERVACIONES
P01	Mantenimiento de la Infraestructura de Red de Datos, Dispositivos de Conectividad y servidores de procesamiento y almacenamiento	100%	Contrato No. 346 con 3 NET
P02	Realizar servicio de soporte y mantenimiento más actualizaciones para Daruma licenciamiento actual; habilitación de 165 usuarios estándar a perpetuidad; migración a infraestructura en la nube que incluye administración de infraestructura, certificado de seguridad (Backus) y hosting y reinstalación y puesta en marcha en la nube de Tiqui y si se requiere bolsa de servicios profesionales del software Dayuma hasta por 12 horas.	100%	CONTRATO No. 220 con Tiqui
P03	Realizar la actualización de hardware y software del Sistema RIS/ PACS (Agility) a la solución Enterprise Imaging de Agfa HealthCare.	100%	Contrato 243 con Agfa
P04	Adquisición, Instalación Y Soporte De Software Antimalware Endpoint De Última Generación Para La Protección De Los Equipos, Servidores, Redes De Datos Y Plataformas Informáticas De La Ese Hospital Universitario San Rafael De Tunja.	100%	Contrato 552 con Media Commerce
P05	Plan y Puesta En Marcha De La Migración De Ipv4 A Ipv6 Según Lo Establecido En La Resolución Número 01126 De 2021 Del Mintic.	60%	Contrato 319 con Colombia Mas Tv
TOTAL		92%	

Fuente Informe Tics

El avance del indicador de proyectos es del 92% equivalente a un 20% del peso determinado. P01 está en proceso de ejecución por parte del contratista, P02, P03, P04 y P05, tiene un alcance de cumplimiento total para la vigencia 2022, P05 Se evidencia un avance del 100% en la primera fase y del 66% de la segunda fase.

3.3 PROGRAMA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	META VIGENCIA 2022	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	GESTIÓN TECNOLÓGICA	OBSERVACIONES LIDER PROCESO	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META		
						RESULTADO 3er TRIMESTRE			AVANCE 1 TRIMESTRE	AVANCE 2 TRIMESTRE	AVANCE 3 TRIMESTRE
GESTION DE TECNOLOGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIO	programa de gestión tecnológica y dotación hospitalaria	70%	Gestión tecnología Biomédica	>=80%	Anual	N/A	Se realizó la adquisición de un monitor de eeg, electroencefalografía, para la unidad de cuidado	N/A	NA	100%	NA

S DE SALUD HUMANIZ ADOS Y SEGUROS						intensivo neonatal					
			Gestión de dotación Hospitalari a	>=80%	Anual	N/A	Por parte del área de almacén se realizó la adquisición de mobiliario para los diferentes servicios de la institución .	N/A	NA	100%	NA
			Disminuci ón de Mantenimi entos Correctivo s Implemen tando las Listas de Chequeo Diarias	>=0,5	Mensual	0,82	Aunque se hayan presentado mas mantenimient os correctivos en el trimestre, los mantenimient os predictivos también aumentaron reduciendo el daño de equipos médicos de la institución	100%	NA	100%	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO						0,82		100%	-	100%	100%
							Resultado 3 er trimestre	100%			

El programa cuenta con 3 Indicadores de los cuales:

- 1) Gestión tecnología Biomédica :** Es importante tener en cuenta que su medición se realiza anual, para este trimestre no aplica sin embargo se adquirió el equipo de electroencefalografía, eeg, para la unidad de cuidado intensivo neonatal.
- 2) Gestión de dotación Hospitalaria: :** Es importante tener en cuenta que su medición se realiza anual, para este trimestre no aplica sin embargo se adquirió mobiliario para los diferentes servicios de la institución.
- 3) Indicador Disminución de Mantenimientos Correctivos Implementando las Listas de Chequeo Diarias**

El líder del proceso presenta informe de actividades de mantenimiento sustentando lo siguiente:

- En el mes de Julio se presentaron 4 mantenimientos correctivos y 3 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios , presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.



- En el mes de Agosto se presentaron 10 mantenimientos correctivos y 10 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.
- Septiembre se presentaron 19 mantenimientos correctivos y 15 mantenimientos predictivos según base de datos correspondiente al área y verificados en la plataforma digital HR CATCH, se realizaron rondas diarias para la verificación de los equipos en los servicios, presencial a los servicios para controlar el daño de los equipos en los servicios, hay que ser prudentes y realizarla bajo las más estrictas normas de bioseguridad, los mantenimientos correctivos son relacionados con personal del área, aunque se realizan mantenimientos de otras empresas no se deben tomar en cuenta debido a que es un externo.

3.4 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 14001:2015.

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS	ACTIVIDADES	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META		
							AVANCE 1 TRIMESTRE	AVANCE 2 TRIMESTRE	AVANCE 3 TRIMESTRE
RESPONSABILIDAD SOCIAL	Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente	Sistema de Gestión Ambiental	Mantener la certificación en el cumplimiento de la norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015	Implementación plan de acción de SGA (Plan de trabajo)	NA	100%	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO							-	100%	100%

Fuente: Informe Gestión Ambiental

Para este trimestre se programaron 39 actividades, las cuales fueron ejecutadas en su totalidad de la siguiente manera:

- Mes de julio 13 actividades
- mes de agosto y 15 Actividades
- Mes de septiembre 11 Actividades

Teniendo en cuenta el informe de Gestión del Sistema de Gestión ambiental, que actividades como: control de roedores, cargue de indicadores a DARUMA, medición de los consumos y comités GAGAS son actividades que se realizan en común y durante todos los meses el año.

3.5 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 45001:2018

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	META VIGENCIA 2021	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	RESULTADO CONSOLIDADO 3er TRIMESTRE	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META
									AVANCE 3 TRIMESTRE
RESPONSABILIDAD SOCIAL	Asegurar la competitividad y posicionamiento de la institución	Fortalecimiento de estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente	Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo	Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 45001:2018	Implementación plan de acción de SST (Plan de trabajo)	90%	Trimestral	98%	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO								98%	100%

37

Se programaron para el tercer trimestre 52 actividades de las cuales se ejecutaron 51 la actividad de «capacitación riesgo psicosocial» tenía programadas tres acciones y solo se ejecutaron 2 quedando con un porcentaje de ejecución en la actividad de 67%.

Las demás actividades alcanzaron el 100% en su ejecución, bajo estas circunstancias se determina que el porcentaje de ejecución del segundo trimestre es de 98% Las evidencias se encuentran anexas en la carpeta "ISO45001:2018"

3.6 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2015

PILAR O EJE DE PLAN DE DESARROLLO	PROGRAMAS ESTRATÉGICO	ACTIVIDADES	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	Consolidado	AVANCES SEGÚN CUMPLIMIENTO DE META		
							RESULTADO 3er TRIMESTRE	AVANCE 3 TRIMESTRE	AVANCE 4 TRIMESTRE	AVANCE ACUMULADO
RESPONSABILIDAD SOCIAL	Sistema de Gestión de la Calidad	Obtener la Certificación en ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad	Implementación plan estratégico Resultante del análisis del Contexto	90%	Trimestral	Informe de seguimiento	100%	100%	-	100%
		Sistema de Gestión de Calidad	Cumplimiento Plan de mejora externo ICONTEC	90%	Trimestral	Informe de Control Interno	100%	100%	-	100%
PROMEDIO TRIMESTRAL CUMPLIMIENTO POR PROCESO							100%	100%	-	100%
									PORCENTAJE AVANCE ANUAL	

Para este trimestre se cuenta con los siguientes indicadores:



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



8-7405030



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527

IMPLEMENTACIÓN PLAN ESTRATÉGICO RESULTANTE DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Para el tercer trimestre, se programaron 6 actividades, y estas se ejecutaron en su totalidad: 3 correspondientes al programa «MADRE CANGURO INTRAHOSPITALARIO» y las restantes 3 al programa «MADRE CANGURO AMBULATORIO» y como resultado respecto a este indicador la ejecución fue del 100%. Se aportó evidencia que demuestra la ejecución se encuentran en la carpeta C:\Users\CINTERNO01\2.DOCUMENTOS DE APOYO\2022\1.1.1-2.3 INFORME DE EVALUACION A LA GESTION INSTITUCIONAL Y DE PROCESOS\SEGUIMIENTO_POA\POA_TERCER_TRIMESTRE\EVIDENCIAS\ISO 9001

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA EXTERNO ICONTEC

El seguimiento a las evidencias del cumplimiento plan de mejora EXTERNO ICONTEC PMC - PA224-001, pueden ser consultadas a través del siguiente link <https://hsrt.darumasoftware.com/app.php/staff/actionplan/73>, o a través del módulo PLAN DE ACCIÓN del software DARUMA. Con el cumplimiento de las 6 actividades en el tercer trimestre, se da por terminado y cerrado el plan de mejora PA224-001 con un porcentaje de cumplimiento en el alcance

38

3.7 EJE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

Es importante tener en cuenta que el programa estratégico cuenta con 6 indicadores de los cuales 4 se miden anualmente y dos semestral sin embargo el proceso envió los avances realizados para este trimestre

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN INTERNADO DOCENCIA-SERVICIO

El proceso aporta evidencias en la que se observan los resultados de la encuesta de evaluación del escenario de práctica para el tercer trimestre, que fueron aplicadas a 347 estudiantes de los cuales el 314 están satisfechos con los escenarios de practica, es decir el 90% de los encuestados se encuentra satisfecho con los escenarios de practica. Es importante tener en cuenta que la medición de este indicador es semestral.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN EN FORMACIÓN CONTINUA.

- **Número de capacitaciones de formación continua realizada al año**

Para este indicador dentro del tercer trimestre del año se ejecutaron 28 capacitaciones dentro la Catedra San Rafa, este indicador tiene medición anual.

- **Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación**

En cuanto al indicadores « Número de temas revisados / Número de temas planteados en los syllabus de rotación, » el proceso mediante las evidencias aportadas y lo reportado en el informe trimestral, muestra que para el tercer trimestre se plantearon 15 temas y se revisaron los 15 temas, es importante precisar que este indicador tiene medición semestral

- **productos de investigación publicados en revista**

La medición de este indicador se realiza de manera anual y teniendo como meta 8 artículos publicados durante toda la vigencia. Sin embargo el proceso ya cuenta con 11 artículos publicados, alcanzando el 100% de la ejecución para el 2022

- **congresos ejecutados**

El 30 de septiembre se realiza el 2do congreso, llamado Actualización en medicina, cumpliendo con el indicador para el año

- **alianza formalizada.**

El 30 de septiembre se realiza el 2do congreso, llamado Actualización en medicina, cumpliendo con el indicador para el año

3.8 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN FRENTE AL DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL ENFOQUE Y EXTENSIÓN A LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO.

De acuerdo a la normatividad vigente aplicable a las instituciones públicas, así como la necesidad del mejoramiento continuo para garantizar una atención en salud con altos estándares de calidad, así como costo-efectivos, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC) de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se direcciona y orienta en Acreditación.

Teniendo en cuenta lo anterior se diseño el plan de fortalecimiento de la mejora continua a desarrollar según las siguientes etapas: Planeacion , implementacion y seguimiento

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
PLANEACIÓN	IMPLEMENTACIÓN	
Definir los criterios de selección e inclusión de los integrantes para los grupos de acreditación de acuerdo al nivel	Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación en los procesos institucionales	
Definir enlace entre los diferentes procesos institucionales	Operativizar los Equipos de acreditación en sus tres niveles a través del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	
Establecer metodología de trabajo y seguimiento	Realizar Monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento / implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	
Documentar la conformación de los equipos de acreditación (primarios , equipos de autoevaluación, mejoramiento) de acuerdo a la normatividad, a la necesidad y condiciones de la ESE).	Desarrollar de actividades formuladas en el documento tecnico.	
Articular plan de información, educación y comunicación		
Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación		
Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno		



CUARTO TRIMESTRE
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Verificar las acciones de mejora y su implementación frente a las barreras identificadas en la operativización de los equipos
Revisar y estandarizar las fuentes de mejora por parte del mejoramiento continuo
Autoevaluación frente a estándares de acreditación resolución 5095/2028

Para el primer trimestre se dio cumplimiento a cuatro (4) actividades de las siete (7) programadas

Para el segundo trimestre se establecieron dos actividades, dando cumplimiento a una (1) de las dos programadas

De acuerdo a las evidencias entregadas por el líder de acreditación con corte al segundo trimestre se puede observar un cumplimiento de cinco (5) actividades de las nueve proyectadas

Para el tercer trimestre se realiza seguimiento al avance de las actividades pendientes del primer y segundo trimestre, las cuales se describen a continuación:

Primer trimestre

1. Articulación plan de información, educación y comunicación.
2. Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación
3. Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno

Segundo Trimestre

1. Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación

Para el Tercer trimestre se tiene programadas realizar las siguientes actividades

1. Realizar monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento/implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
2. Desarrollo de actividades formuladas en el anexo técnico

De acuerdo al informe de avance presentado por la líder de acreditación, se evidencia cronograma de reprogramación, en el cual se incluyen las actividades pendientes de los anteriores trimestres a desarrollar en el tercer trimestre de la siguiente manera:



E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA													
PLAN DE TRABAJO POA 2022													
Plan de Trabajo 2022													
No.	ACTIVIDAD	MES				P				E			
		SEP	OCT	NOV	DIC	SEP	OCT	NOV	DIC	SEP	OCT	NOV	DIC
PLAN DE TRABAJO POA		3	3	2	2	4	0	8	0				
1	Articular plan de información, educación y comunicación / Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación							1				1	
2	Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno							1				1	
3	Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación en los procesos institucionales											1	
4	Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación	1	1										
5	Realizar monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento/ implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad	1	1	1	1	1	1	1	1				
6	Desarrollar de actividades formuladas en el documento técnico	1	1	1	1	1	1	1	1				
7	verificar las acciones de mejora y su implementación frente a las barreras identificadas en la operativización de los equipos												1
8	Revisar y estandarizar las fuentes de mejora por parte del mejoramiento continuo												1
9	Autoevaluación frente a estándares de acreditación resolución 5096/2020												1
Total Actividades		3	3	2	2	4	0	8	0				
RESUMEN DE GESTIÓN ANUAL													
E = Ejecutado													
P = Programado													

Fuente: Plan de trabajo líder acreditación PAMEC 2022

1. Diseño de estrategias de sensibilización a los equipos de acreditación

En este periodo se formulan estrategias a ejecutar durante las mesas de trabajo con los equipos de mejoramiento, dando a conocer el programa de auditoria para el mejoramiento continuo y su direccionamiento en acreditación, presentando la ruta crítica y la metodología a desarrollar, con producto de la reunión se establecen compromisos por integrante de equipo para la generación de ideas frente a un grupo de estándares (Se utiliza plantilla de autoevaluación cualitativa)

Posterior a esto se realiza una nueva reunión para concertar criterios y general una única autoevaluación por cada estándar.

Adicionalmente se diseñó el instrumento para evaluación para orientar a los integrantes en la evaluación de cada estándar.

Como evidencia del cumplimiento de esta actividad se cuenta con correos electrónicos y actas de reunión y soportes de las herramientas e instrumentos de evaluación

Estrategias incluidas en el documento CA-M-12 MANUAL PAMEC

2. Realizar monitoreo de barreras de mejoramiento en relación a la operativización de los equipos de mejoramiento y a la implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

Como evidencia del cumplimiento de esta actividad se cuenta con informe seguimiento PAMEC VIGENCIA 2022, del tercer trimestre en donde se describen las barreras de mejoramiento identificada durante la ejecución del plan de mejoramiento del PAMEC y las mesas de trabajo realizadas con los equipos de mejoramiento, tablero seguimiento PAMEC 2022, en donde se documentan las barreras de mejoramiento en relación a la implementación de las actividades planeadas y ejecutadas en el plan de mejoramiento



del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y adicionalmente se cuenta con actas de reunión con equipo correspondiente.

3. Desarrollo de actividades formuladas en el anexo técnico

Como evidencia del cumplimiento de esta actividad se cuenta con el formato informe seguimiento a ejecución plan de mejoramiento PAMEC, en el cual se programaron 12 actividades para este trimestre de las cuales hay evidencia de ejecución de 12, para un cumplimiento del 100%

Para el cuarto trimestre se programó realizar las siguientes actividades:

1. Articulación plan de información, educación y comunicación
2. Realizar despliegue del plan de información, educación y comunicación
3. Diseño de estrategias de sensibilización a cliente externo e interno

INDICADOR	FÓRMULA	META INDICADOR	PERIODICIDAD	EVIDENCIA	REPOSABLE	Consolidado
						RESULTADO TERCER TRIMESTRE
Cumplimiento del plan de fortalecimiento de la mejora continua	Actividades ejecutadas / Actividades programadas	100%	Trimestral	INFORME SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	Líder PAMEC	100%

RECOMENDACIÓN

1. Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera demoras en la evaluación del POA y reprocesos a la oficina de control interno.
2. En caso de existir incumplimiento por parte de los programas se deberá tener en cuenta el procedimiento Asesoría y Evaluación de la Gestión Institucional donde se establece que dentro de la Semana siguiente a la emisión del informe definitivo de planes operativos « Aquellos procesos que no lograron su nivel de cumplimiento en los POAS en cada trimestre acercándose al limite inferior de 59.9% código cromático rojo, acordaran acta de compromisos con el profesional de planeación para lograr llegar a la meta establecida en los planes operativos anuales.
3. Las metas Institucionales no podrán ser modificadas, en caso de ser necesario de ajuste previa justificación se solicitará por escrito a la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios.

4. Es importante que los procesos envíen las evidencias en los formatos actualizados y establecidos por el software daruma y también se tenga en cuenta el ultimo membrete que es el siguiente



ya que algunos procesos no lo están utilizando .

DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja
Anexa: Carpeta evidencias Actividades

