



**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL
TUNJA**

**YAMIT NOE HURTADO NEIRA
GERENTE**

PLAN DE GESTIÓN

2020-2024

INTEGRANTES JUNTA DIRECTIVA

Ing. JOHN EDICKSON AMAYA RODRÍGUEZ

Secretario TIC y Gobierno
Delegado del Sr. Gobernador
Presidente Junta Directiva
Gobernación de Boyacá

Dr. JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ

Secretario de Salud de Boyacá

Dr. WALTER ENRIQUE RINCON GUEVARA

Representante del Sector Científico Externo

Enf. JAVIER QUITO VIASUS

Representante del Sector Científico Interno

Sr. GERMAN RODRIGUEZ PEREZ

Representante de los Gremios de la Producción del Área de Influencia

Sr. CARLOS ALBERTO CRUZ RAMIREZ

Representante de las Asociaciones de Usuarios de la ESE HSRT

INTRODUCCION

2. MARCO LEGAL APLICABLE

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

4. ESTRUCTURACION PLAN DE DESARROLLO

4.1. Análisis y diagnóstico estratégico

4.1.1. Análisis contexto Nacional

4.1.2. Análisis del Contexto Departamental

4.1.3. Antecedentes y Diagnóstico de la ESE Hospital Universitario San Rafael

4.1.3.1. Misión

4.1.3.2. Visión

4.1.3.3 Valores de Integridad

4.1.3.4. Perfil Epidemiológico

4.1.3.5. Indicadores de gestión hospitalaria

4.2. Análisis Interno y externo de la situación actual DOFA

4.3. Replanteamiento Misión y Visión Institucional

4.4. Objetivos Institucionales o Estratégicos y formulación del plan de desarrollo 2020 – 2024

4.5. Formulación Estratégica Plan de Desarrollo 2020 – 2024

4.6. Articulación indicadores Resolución 408 de 2018

4.7. Financiación Plan de Desarrollo

4.8. Monitoreo y Evaluación

INTRODUCCION

La ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se configura la Entidad Pública prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, consolidándose como el hospital de referencia de la zona centro oriente del Departamento de Boyacá. Según lo anterior y con la finalidad de responder a las expectativas y necesidades de los Usuarios y sus familias, se hace necesario definir un Plan de Desarrollo que incluya los objetivos institucionales, estrategias, planes, proyectos y programas, así como las metas a lograr en el periodo 2020 - 2024

A través de este documento se propone el Plan de Desarrollo Institucional, el cual ha sido construido a partir de una metodología de Planeación Estratégica Participativa, integrando a todas las sectoriales de la Entidad, y busca convertirlo en la ruta para desarrollar acciones enmarcadas dentro de las políticas Nacionales y Departamentales plasmadas en sus planes de desarrollo, por lo tanto se configura como el instrumento fundamental para procurar la articulación político Administrativa que promueva la integración de estrategias para la solución a problemáticas comunes.

Adicional a lo anterior, es importante precisar en como los indicadores de la resolución 408 de 2018 que configuran la evaluación de gestión de Gerentes se articulará con el Plan de Desarrollo Institucional mediante acciones y actividades que desde la Gerencia se compromete a implementar para alcanzar las metas, Finalmente, el presente documento contiene el Plan de Desarrollo 2020-2024 **iEn el San Rafa trabajamos con el alma!** como el instrumento estratégico de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, construido a partir de una metodología participativa, ha contemplado la articulación con los requerimientos normativos del Estado colombiano y con las Políticas de alto nivel que buscan garantizar el derecho fundamental de la salud.

2. MARCO LEGAL APLICABLE

- El Decreto 1876 de 1994 – por medio del cual reglamentó los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, en su artículo 24º estableció que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos. El Decreto 1876 de 1994 - el cual reglamentó los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, relacionados con el Régimen de las Empresas Sociales del Estado - además de especificar la naturaleza jurídica, objetivo, principios básicos, su organización, régimen jurídico y sus aspectos generales de vigilancia y control, definió en su artículo 24º estableció que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.
- Ley 152 de 1994, Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y en su artículo 45 establece “Los planes de las entidades territoriales de los diversos niveles, ente sí y con respecto al Plan Nacional, tendrán en cuenta las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales”
- Resolución 1841 de 2013 la cual adopto el Plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021, que constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, en la cual se definen los objetivos, metas estratégicas, dimensiones, componentes, metas sanitarias, líneas de acción y responsables de salud pública en el país.
- Que la Ley 1955 de 2019 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”, propone lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con cobertura universal sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia.

- Que la ley 1438 de 2011 en su artículo 107 define los lineamientos en relación a la definición e implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021.
- Ordenanza No. 06 de fecha 03 de junio de 2020 emanada por la Honorable Asamblea Departamental de Boyacá, por la cual LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO DE BOYACÁ- 'PACTO SOCIAL POR BOYACÁ: TIERRA QUE SIGUE AVANZANDO' - 2020-2023"
- DECRETO 238 DE 2020. Expedido por la Gobernación de Boyacá, Designando como Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, para el periodo comprendido entre el 16 de mayo de 2020 y el 31 de marzo de 2024 al Doctor **YAMIT NOE HURTADO NEIRA**, identificado con la cédula de ciudadanía número 74.359.856 expedida en Paipa.
- RESOLUCION 710 DE 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones
- RESOLUCIÓN 743 DE 2013. Por medio del cual se modifica la Resolución 710 de 2012.
- RESOLUCIÓN 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- RESOLUCIÓN 5085 DE 2018. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.
- RESOLUCIÓN 408 DE 2018. por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

- RESOLUCIÓN 142 DE 2020. Por medio de la cual se adopta la metodología para definir el direccionamiento estratégico de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA para el periodo 2020-2024.

3. OBJETIVO:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar el desempeño de la Entidad frente al cumplimiento de las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja durante el periodo 2020-2024.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adelantar procesos permanentes de mejoramiento continuo a los procesos de gestión y desarrollo institucional.
- Evaluar y analizar las estrategias que contribuyan a l cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales, con un equipo humano calificado bajo principios y valores enfocados en la prestación de servicios de salud con calidad.
- Analizar el uso eficiente de los recursos financieros mediante el seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos para una adecuada prestación de los servicios de salud, manteniendo la rentabilidad económica y social basada en el equilibrio presupuestal y financiero de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja.
- Promover acciones dirigidas a mejorar las actividades para el desempeño institucional.
 - Prestar de manera integral los servicios de salud que la población requiere de acuerdo con el nivel de complejidad de la institución.

4. ESTRUCTURACION PLAN DE DESARROLLO

4.1. Análisis y Diagnóstico Estratégico:

Se realizó análisis del contexto nacional en materia de normatividad vigente, planes (plan decenal de salud, el plan de desarrollo nacional) y políticas que brindan los lineamientos para la prestación de los servicios de salud de Colombia, según lo anterior, nuestro Hospital Universitario San Rafael de Tunja, realizó una contextualización de la institución dentro de las Políticas, planes, proyectos y programas que regulan y determinan el direccionamiento del sector, partiendo del nivel central, Presidencia de la República, y estableciendo una relación directa con el plan Departamental.

4.1.1 Análisis del contexto Nacional

Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias (Salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles y salud y ámbito laboral) y dos transversales (dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud), que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. Los Objetivos estratégicos del PDSP establecen: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, Mejorar las condiciones de vida y salud de la población y Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables; la normatividad asociada es: Ley 715 de 2001, Art. 42, 43 y 44, Ley 1438 del 2011, Art. 6°, Resolución 1841 de 2013, Resolución 518 del 2015, Resolución 1536 de 2015.

La Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usuarios, uno de ello es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un

derecho fundamental, es decir, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad y hace énfasis en aspectos como Obligatoriedad del Estado, Sostenibilidad Fiscal, Integralidad, Equidad en el Sistema, Deberes y Derechos de los Pacientes, Atención Primaria, Prohibición de la negación del servicio, Prestación de los servicios de Salud – POS, Autonomía Médica, Política Farmacéutica y Servicio en las zonas marginadas.

Así mismo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. Decreto 1011 de 2006.

Es importante retomar Las políticas de atención integral y como determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. El objetivo es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de la intervención de los agentes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios a organizar en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes.

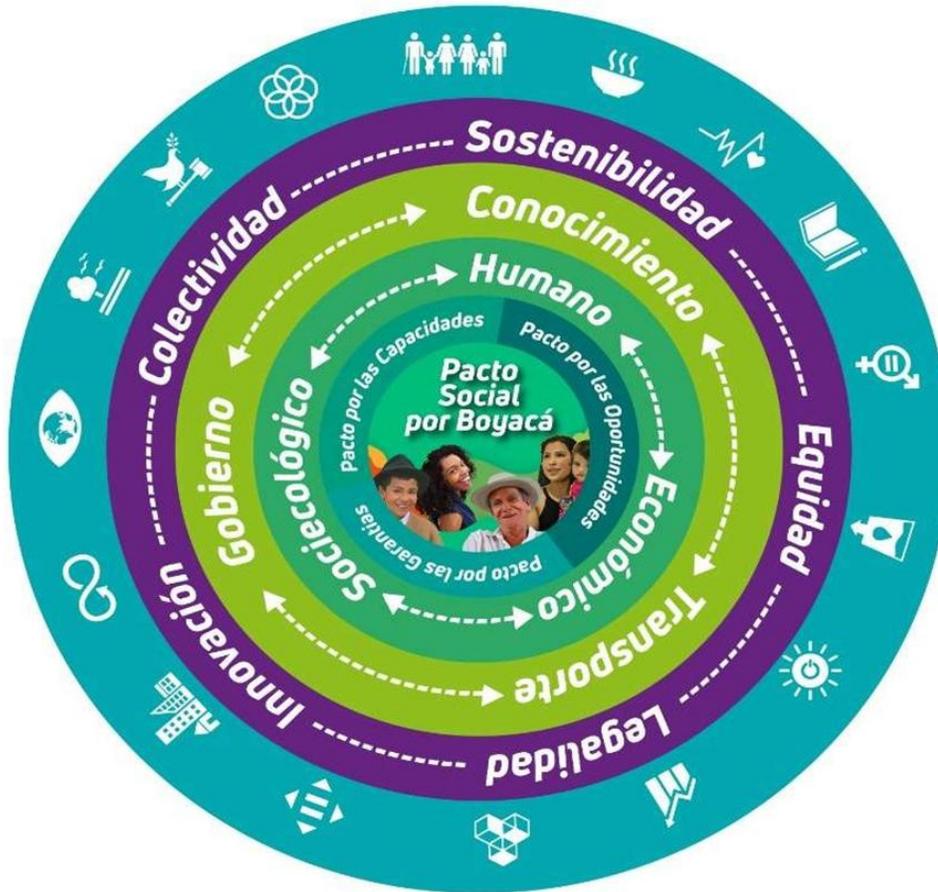
Así mismo Desarrolla las estrategias de atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud; el enfoque diferencial en la atención y el cuidado, como eje integrador de la responsabilidad, que se le debe el ciudadano para gozar de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarla. Adicionalmente orienta el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud articulando y armonizando el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo a la situación de salud de las

personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, atendiendo los contextos poblacionales y territoriales específicos, de manera que converjan los objetivos, incentivos y operaciones de los agentes sectoriales, intersectoriales y comunitarios del sistema de salud.

4.1.2. Análisis del Contexto Departamental

La hoja de ruta del departamento para el periodo 2020- 2023, Pacto Social por Boyacá: Tierra que Sigue Avanzando, surge a partir del diálogo y el compromiso adquirido con todo el pueblo boyacense, que apostó con su confianza y apoyo, por una propuesta de gobierno incluyente, centrada en la gente, el territorio y la sostenibilidad. se encuentra estructurado entorno de tres pactos: Capacidades, oportunidades y garantías. A su vez, dichos pactos, están fundamentados de manera integral en seis líneas estratégicas; Humana y de Capacidades, Económica y de Oportunidades, Socioecológica y Territorial, Conocimiento e Innovación, Conectividad y Transporte, Gobierno y Asuntos Públicos.

Para esto, se establecerán como políticas de gobierno; la sostenibilidad, la equidad, la inteligencia colectiva, la innovación y la legalidad. Así mismo, se emplearán como principios la construcción colectiva, el respeto y dignidad humana, el servicio público eficiente, sensibilización de cuidado hacia el territorio y el enfoque diferencial. A través de la siguiente estructura:



En el marco de la emergencia sanitaria, social y económica, se han dispuesto todos los esfuerzos políticos, legales y humanos para afrontar la crisis y para capitalizar experiencias que dejen más fortalecido al departamento con el tiempo. Por ello, el presente Pacto Social por Boyacá, también, se ha construido bajo la premisa de un territorio resiliente desde distintas ópticas:

- Salud pública: inversión para la vida. La actual situación que vive el mundo nos llama a repensar los nichos de inversión de los recursos públicos. La administración central es un equipo que trabaja sin pausa para proteger la vida.
- Afrontar la reactivación económica como un reto del aparato productivo, desde el apoyo a la empresa familiar hasta el respaldo de alternativas que dinamicen la generación de ingresos del departamento.

- Lograr que Boyacá se abastezca y abastezca al país. Encontramos en la crisis la oportunidad de reaccionar de la mejor manera, posicionando el valor de la agricultura y al sector como baluarte del desarrollo. Empoderar al campesinado significa dignificar su trabajo, afrontar a su lado y con rigor tiempos difíciles como la eventual escasez alimentaria y establecer políticas de nutrición que beneficien a la población.
- Atención oportuna a la crisis climática: Boyacá se prepara frente al cambio climático. Ya avanzan acciones que apuestan por el desarrollo sostenible como principio transversal del Plan, ubicando la protección de los ecosistemas naturales y su biodiversidad, como axioma de la gestión del gobierno.

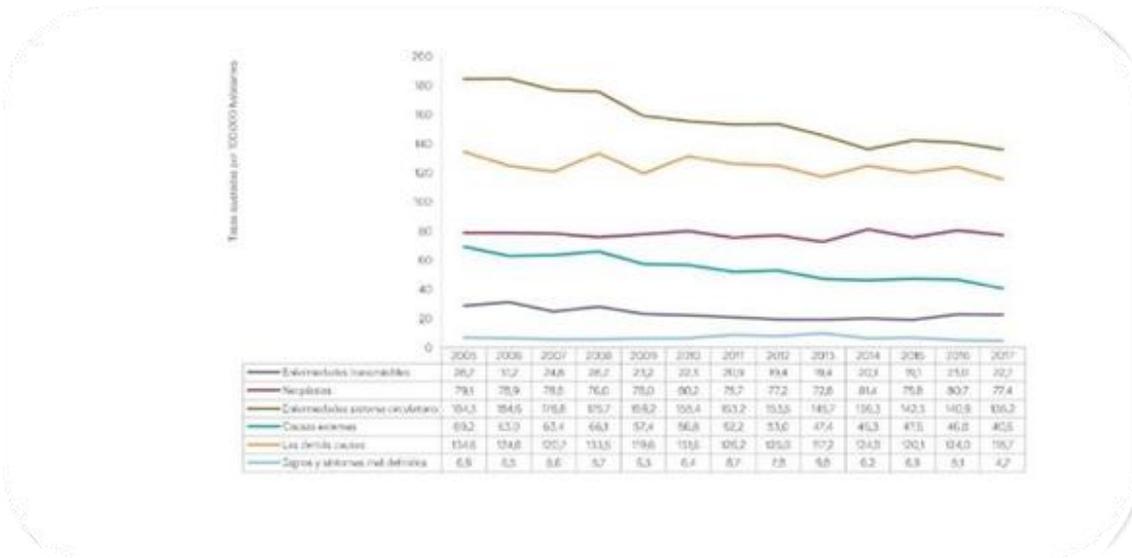
El plan de desarrollo Departamental en su artículo 8: COMPONENTE SALUD Y BIENESTAR Indicadores de Salud consolida los siguientes indicadores:

En el departamento, la afiliación al sistema de salud, según datos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a 2018, corresponde a 1.119.579 (91.97%) afiliados, respecto al nacional 44.898.099 (93.04%). Por otro lado, según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a 2019, se encontraban afiliados 1.127.325 personas, de ellas 482.740 al régimen contributivo y 644.585 al régimen subsidiado. Es importante señalar que, de la población venezolana con permiso especial de permanencia, se encuentran afiliados al régimen subsidiado 1.895 personas y al contributivo 738. (Secretaría de Salud de Boyacá, ASIS, 2019).

Dentro de la mortalidad general por grandes causas, para el periodo comprendido entre 2005 y 2017, la principal causa de muerte en el departamento de Boyacá, fueron las enfermedades del sistema circulatorio, presentando la mayor tasa de mortalidad ajustada por edad de 184,6 muertes por 100.000 habitantes en 2006 y la menor tasa con 136,2 muertes por 100.000 habitantes en 2017. Como segunda causa, se encontró el grupo de las demás causas con un comportamiento variable, la mayor tasa de mortalidad ajustada por edad se registró en 2005 con 134,6 muertes por 100.000 habitantes. La tercera causa fueron las Neoplasias con un comportamiento oscilante y

con la tasa más alta en 2014 con 81,4 muertes por 100.000 habitantes. (Secretaría de Salud de Boyacá, ASIS, 2019).

Tasa de Mortalidad Ajustada por Edad, Departamento de Boyacá, 2005-2017



Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

En la siguiente tabla se identifican las prioridades en salud, Departamento de Boyacá 2005–

Mortalidad	Prioridad 2005 - 2017	Valor del indicador departamental de Boyacá 2017	Valor del indicador País 2017	Comparación departamento frente al país	Grupos de Riesgo (MAS)
General por grandes causas*	Enfermedades del sistema circulatorio	136,2	150,30	Menor	001
	Todas las demás causas	115,74	118,36	Menor	000
	Neoplasias	77,41	94,92	Menor	007
Específica por Subcausas o subgrupos	Enfermedades Isquémicas del corazón	63,66	80,07	Menor	001
	Enfermedades Cerebrovasculares	29,96	31,65	Menor	001
	Enfermedades crónicas en las vías respiratorias inferiores	35,33	30,08	Mayor	002
	Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,95	13,67	Mayor	000
	Tumor maligno de estómago	11,48	10,75	Mayor	007
	Tumor maligno de los órganos digestivo y peritoneo, excepto estómago y colon	11,81	14,02	Menor	007
	Mortalidad y de la niñez 16 grandes causas	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	56,56	85,53	Menor
Mortalidad Materno Infantil y en la niñez. Indicadores trazadores.	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosomáticas	43,36	45,81	Menor	008
	Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,48	11,15	Menor	000
	Tasa de mortalidad materna a 42 días	40,82	51,01	Menor	008
	Tasa de mortalidad neonatal	6,31	6,94	Menor	008
	Tasa de mortalidad infantil	8,37	10,73	Menor	008
	Tasa de mortalidad en la niñez (menor de cinco años)	10,58	13,02	Menor	008
	Tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años	14,14	14,17	Menor	009
	Tasas de mortalidad por EDA en menores de 5 años	1,89	2,97	Menor	
Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	3,77	5,84	Menor	003	

2017.

Dentro de las prioridades de la morbilidad atendida en el departamento, el primer lugar lo ocupó las enfermedades no transmisibles, con una proporción de 68,60% para 2018, siendo superior a la presentada por el país (64,60%); el segundo lugar fue para las condiciones mal clasificadas, con una proporción de 15,50% siendo inferior a la presentada por el país que llegó a 17,50%; el tercer lugar correspondió a las condiciones transmisibles y nutricionales, con una proporción de 9% menor que la presentada por el país que alcanzó 11%. (Secretaría de Salud de Boyacá, ASIS, 2019).

De esta forma, se puede apreciar a lo largo del documento la relación existente entre el Plan propuesto y los lineamientos Nacionales, Regionales y Locales. El Plan Estratégico Visión Colombia 2019, Plan decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el Plan de Desarrollo Nacional (PND) 2018-2022 “Todos por un Nuevo País”, la Política Integral de Atención en Salud, el Plan de Desarrollo Departamental “Pacto Social por Boyacá: Tierra que Sigue Avanzando” y Municipal, hacen parte de los documentos referencia para su estructuración.

Aunado a lo anterior, bajo la declaratoria de la pandemia de COVID-19 El 11 de marzo de 2020 por la OMS, emitiendo una serie de recomendaciones para que los países activaran y ampliaran sus mecanismos de respuesta a emergencias. Ante las recomendaciones de OMS y el aumento de casos en Colombia, el Ministerio de Salud y protección social declaró la mitigación de la epidemia, manifestando tanto el nivel Departamental, Municipal y por ende el HUSRT se han adoptado las medidas preventivas, mitigación, contención y atención, con el propósito de salvaguardar y proteger a la comunidad y tratar de reducir el impacto negativo, resaltando la apertura de la UMI dentro de esta medida de contingencia.

Finalmente, este plan armoniza planes, proyectos y programas que son desarrollados por cada uno de los procesos con el fin de garantizar una prestación de servicios humanizada y segura, donde través de la mejora continua, se genere el cumplimiento de los estándares propuestos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad fortalecidos en una cultura de buen trato al usuario y su familia.

4.1.3. Antecedentes y diagnóstico de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Con cerca 500 años de historia y una amplia trayectoria basada en la humanización de la ciencia y el alivio de las dolencias físicas y psíquicas de la población Boyacense, la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja rememora su amplia trayectoria.

Nuestra institución, ostenta el título de primer Hospital del Nuevo Reino de Granada, entonces nombrado "NUESTRA SEÑORA DE LA CONCEPCIÓN", fundado en la ciudad de Tunja en 1553 y ubicado en donde hoy funciona el SENA Centro, hasta 1636.

Posteriormente, en 1777 se trasladó al antiguo Claustro de los Jesuitas, actual Colegio de Boyacá en esta misma ciudad, con el nombre de "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS" y que en 1822 se reubicó en el convento de San Agustín o panóptico Municipal, hoy Biblioteca Alfonso Patiño Rosselli que está regentada por el Banco de la República.

En 1992 y mediante Decreto Ordenanza No. 1243 el Hospital se convierte en la "EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA", Establecimiento Público del Orden Departamental, lo cual hace posible su reestructuración como Empresa Social del Estado a partir del 27 de diciembre de 1995 mediante Decreto 001528 de la Gobernación de Boyacá.

Esta nueva empresa está dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Boyacá e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto por la Ley 100 de 1993 y Decreto 1876 de 1994.

La E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, es un Hospital Público de mediana y alta complejidad que presta servicios de III y IV nivel en el departamento, pertenece a la SUBRED 4 Integrada por 26 municipios, centro de referencia de todos los municipios de Boyacá, y de algunos de Santander, Casanare y Cundinamarca.

La ESE Hospital San Rafael Tunja en el plan de desarrollo 2020 – 2024 consolidado se proyecto tomando como referencia y de acuerdo con lo establecido por el enfoque de acreditación definido por el Ministerio de Salud y Protección Social según la Resolución 2082 de 2014, siendo una de las metas avanzar y/o alcanzar la acreditación Institucional.

De igual manera la ESE Hospital San Rafael Tunja recibió la certificación y cumplimiento de los requisitos de las normas OHSAS 18001:2007, sistema de seguridad y salud en el trabajo y la Norma ISO 14001:2015, sistema de gestión ambiental por el ICONTEC, INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN, miembro de IQNet, red mundial de los principales Organismo de Certificación con reconocimiento internacional por los organismos miembros de esta red. En el Departamento de Boyacá somos la única institución pública hospitalaria con este reconocimiento que impacta positivamente al proceso de acreditación en salud.

Por esta razón es importante resaltar que la concepción de Hospital Universitario se ha forjado desde hace varios años al interior de la entidad, por cuanto los esfuerzos en materia de enseñanza a través de los convenios docente- servicio, seran prioridad para la Gerencia institucional, enfocados especialmente hacia la investigación.

4.1.3.1 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con vocación docente, investigativa y amigable con el medio ambiente, trabajamos con estándares de acreditación y eficiencia, para brindar atención integral con calidad y calidez humana, garantizando la seguridad al paciente y su familia. Contamos con talento humano comprometido, motivado e idóneo, con el apoyo de tecnología avanzada generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra sociedad.

4.1.3.2. VISIÓN

En el año 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja será un Hospital universitario líder, con excelencia en la prestación de servicios de salud acreditados, con reconocimiento nacional e internacional.

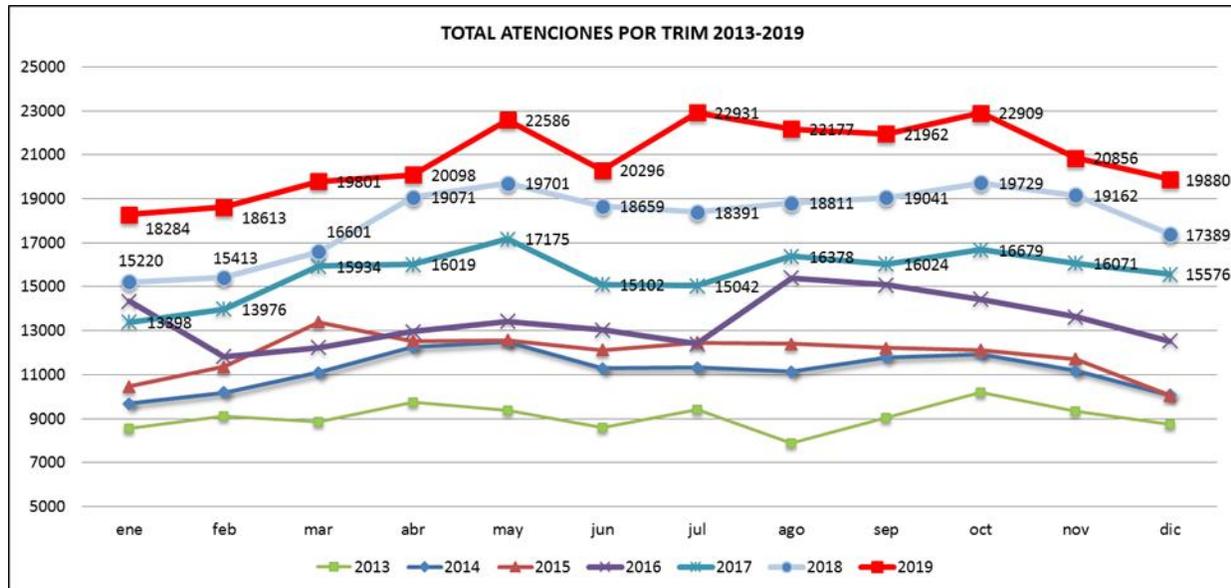
4.1.3.3: VALORES DE INTEGRIDAD



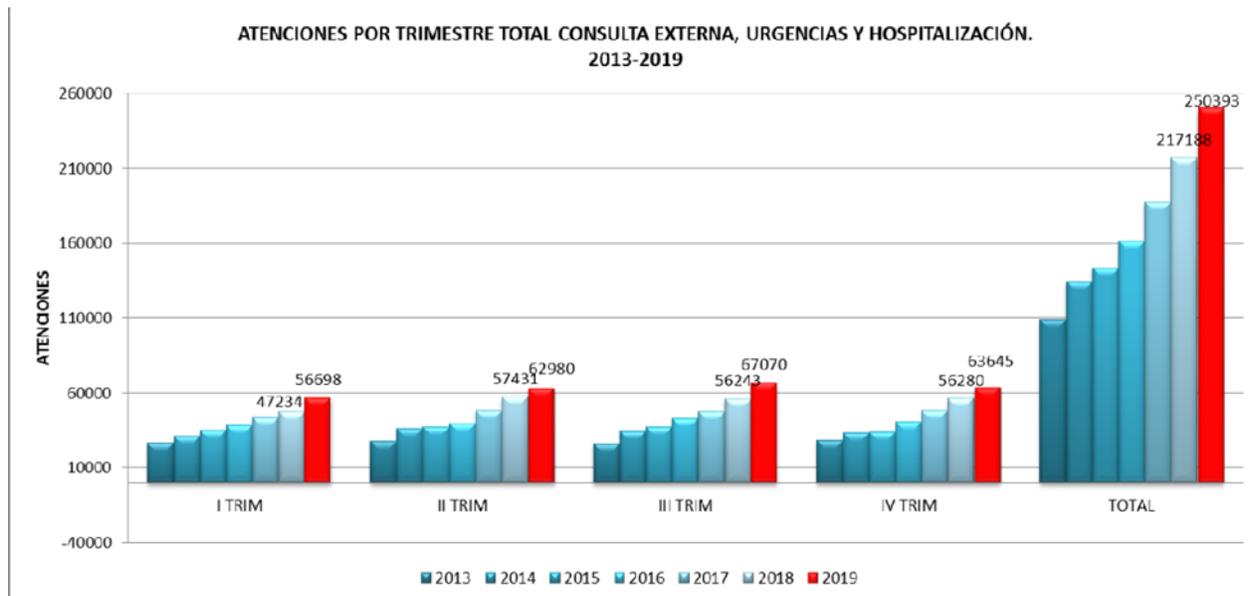
4.1.3.4. Perfil Epidemiológico

Para el presente informe se realizó análisis descriptivo de los registros individuales de prestación de servicios RIPS SERVINTE, archivo HSRT_RIPS_AC_2019_10_12_ESP, HSRT_RIPS_AH_2019_10_12_ESP, HSRT_RIPS_AU_2019_10_12_ESP, suministrados por la oficina de SISTEMAS de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja el día 10/02/2020, los cuales corresponden a los registros de consulta, hospitalización y urgencias del cuarto trimestre de 2020. Se realizó validación con información de productividad, adicionando las consultas no facturables por estar contenidas en paquetes facturados bajo otros códigos (consulta pos-quirúrgica) obteniendo los resultados que a continuación se detallan.

En el cuarto trimestre de 2019 en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja realizó un total de 63645 atenciones en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización, representando un incremento del 13% sobre lo realizado el año 2018, tal como se observa en las Gráficas 1 y 2.

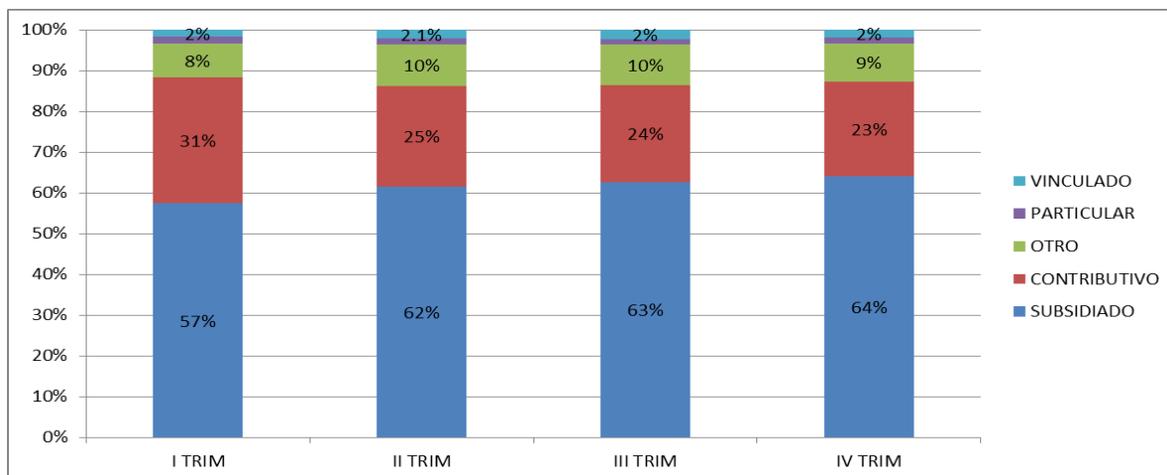
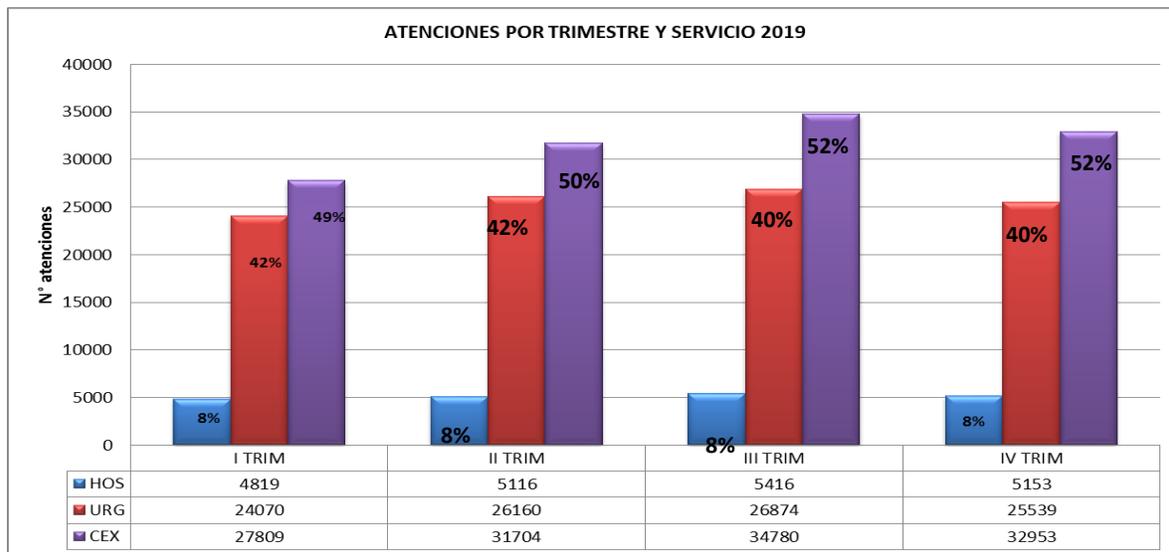


Gráfica 1: Tendencia de atenciones 2013-2019 (Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización)



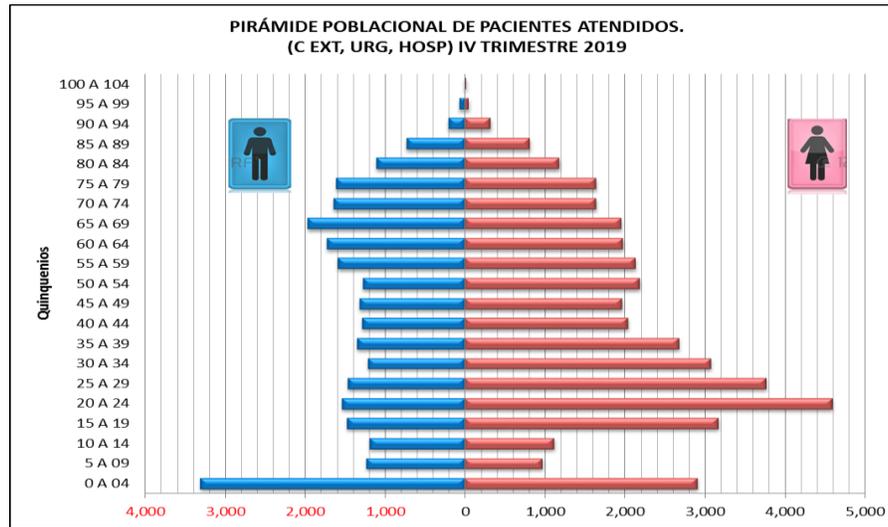
Gráfica 2: Tendencia de atenciones por trimestre 2013- 2019 (Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización)

La distribución de las atenciones realizadas en el primer trimestre de 2019 fue: el 52% correspondiente al servicio de Consulta Externa, el 40% al Servicio de Urgencias y 8% a egresos hospitalarios. Ver Gráfica 3.



El 60 % de los pacientes atendidos fueron mujeres y el restante 40% hombres.

La pirámide poblacional de las atenciones en general, tiene una base amplia en primera infancia y participación importante de mujeres en edad reproductiva, especialmente entre los 20 y 34 años, con comportamiento decreciente a partir de los 65 años. En hombres la atención es mayoritariamente en primera infancia. Ver Gráfica 6.



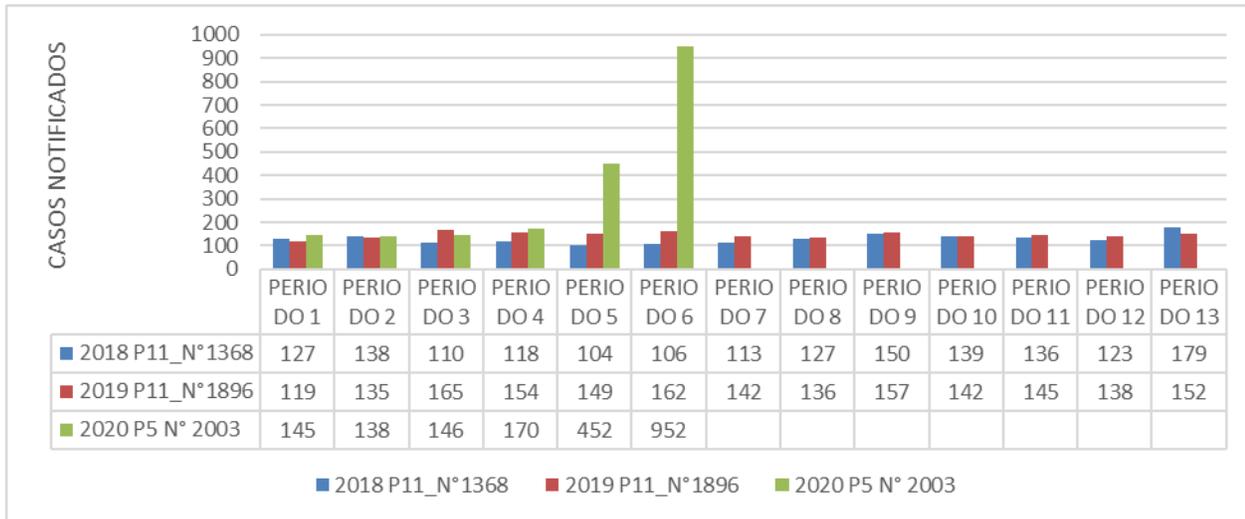
SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 2019 - 2020

La ESE Hospital Universitario San Rafael dentro del marco normativo establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social, en cumplimiento al Plan Decenal en Salud Pública visto como “la política esencial del Estado, que reconoce y garantiza” “la salud como un derecho fundamental, a través de sus líneas estratégicas Vigilancia en salud y gestión de la salud pública mediante tres objetivos avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud,) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente y mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El departamento de epidemiología se permite informar las actividades desarrolladas según las dimensiones del plan y los procesos incorporados de acuerdo con los lineamientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública.

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA 2018-2020

GRÁFICA DE EVENTOS NOTIFICADOS POR PERIODO EPIDEMIOLÓGICO 2020



Se notificaron durante el año 2019 un total de 1896 eventos a periodo epidemiológico 13, aumentándose 528 casos respecto al año anterior, siendo el tercer periodo donde hubo mayor número de casos notificados; mientras que para el año 2018 el periodo con más eventos reportados corresponde al periodo 13 con 179 eventos.

En el mes mayo de 2020 se notificó 99.8% eventos de interés en Salud Pública oportunamente cumpliendo con los protocolos de notificación del SIVIGILA, aumentando 6.8 puntos porcentuales con respecto al mismo periodo notificado del año anterior.

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE FORMA INMEDIATA.

En el mes de mayo 2020 se notificó 99.8 % eventos de interés en Salud Pública oportunamente cumpliendo con los protocolos de notificación inmediata del SIVIGILA, aumentando 6.5 puntos porcentuales con respecto al mismo periodo del año anterior.

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE FORMA SEMANAL.

En el mes de mayo 2020 se notificó 100% eventos de interés en Salud Pública oportunamente cumpliendo con los protocolos de notificación semanal del SIVIGILA, aumentando 7.5 puntos porcentuales con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior.

ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE ACTUAL PANDEMIA COVID 19

Teniendo en cuenta que el 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, provincia de Hubei, China, informó sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida; los casos reportaban antecedente de exposición común a un mercado de mariscos, pescados y animales vivos ubicados en Wuhan. Las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae como agente causante del brote, que fue denominado “nuevo coronavirus” y posteriormente SARS-CoV-2. Desde la rápida propagación de la enfermedad autoridades sanitarias como la Organización Mundial de la Salud establecieron acciones de prevención y control de la enfermedad, así mismo, el Ministerio de Salud y Protección de Colombia determino acciones de vigilancia y preparación, una vez captado el primer caso en el país, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública e inició la etapa de contención de la epidemia.

El Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en cumplimiento de su misión y bajo las directrices del orden nacional realiza la adopción de lineamientos y orientaciones a los prestadores de servicios de salud, desplegando medidas de vigilancia y control mediante la articulación de acciones interdisciplinarias en dirección de los diferentes coordinadores de áreas, hasta establecer la continuidad del sistema comando de incidentes para evaluar y proponer metodologías acertadas que propendan el bienestar de la comunidad Boyacense, siendo una institución de referencia en el territorio nacional.

El 31 de marzo de 2020 es identificado el primer caso positivo en la institución, siendo un caso atípico a la presentación clínica usual de estos pacientes descrita hasta ese momento, pues ocurre en paciente con hallazgos de hemorragia de vías digestivas y sin evidencia en su ingreso de

critérios para determinar sospecha según las directrices emitidas por Instituto Nacional de Salud. Desde entonces, se han intensificado las acciones de vigilancia, notificación y seguimiento de acuerdo al protocolo departamental y nacional, aportando mayor esfuerzo laboral al contexto epidemiológico actual vs las actividades rutinarias a las que se han venido dando continuidad, pero con la necesidad de implementar apoyo al talento humano dado el volumen de ingresos sospechosos.

Si bien, se ha garantizado el cumplimiento en las medidas de investigación epidemiológica de campo, seguimiento a contacto de casos, socialización de reportes a servicio tratante, municipios de residencia y aseguradoras, así como los egresos y resultados en pacientes no hospitalizados, y todos reportados al sistema de vigilancia epidemiológica, ahora, con la implementación de la medida de BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE CASOS hospitalizados y en el servicio de urgencias de paciente que aunque no cumplan criterios de probables COVID-19 pero tengan criterio de hospitalización y curse con comorbilidades crónicas, procederá la notificación del caso bajo el código 345; desde el pasado 07 de mayo aumentó significativamente la notificación de casos y con ello la producción de otras acciones de salud pública se ven influenciadas ante la necesidad de dar respuesta a los lineamientos departamentales, pasando de un promedio de reporte de 4 casos al día, a 20 casos diarios incluyendo búsqueda de tamizaje. El comportamiento del evento a corte de 24 de junio 2020 se describe en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación final de casos según criterio de notificación.

24/06/2020 20:00 horas	CLASIFICACIÓN CRITERIO NOTIFICACIÓN			Total general
CLASIFICACIÓN	VIGILANCIA INTENSIFICADA 345	IRA LEVE 346	IRAG INUSITADO NUEVO VIRUS 348	
CONFIRMADO	17	5		22
CONFIRMADO EXTRAINSTITUCIONAL	3			3
DESCARTADO	573	769	12	1354
PROBABLE	13	3		16
TAMIZAJE	54	67		121
Total general	660	844	12	1516

Fuente: Formato de seguimiento diario epidemiología.

Cabe mencionar que la tendencia anteriormente descrita refleja el comportamiento del evento en tres días de implementación de esta estrategia "Búsqueda Activa Institucional", por lo que se espera aumente el número de ingresos y con ello las acciones operativas del sistema de vigilancia en salud pública, que exige actualización constante de datos para la determinación de acciones y toma acertada de decisiones ante estrategias institucionales relacionadas con la vigilancia del evento.

4.2. Análisis Interno y Externo de la situación actual DOFA

Una vez consolidado el instrumento para capturar información para el diagnóstico interno y externo DOFA realizado con todos los procesos arroja la siguiente información:

DEBILIDADES

- Manejo de la información y consolidación para rendición de informes
- Fortalecer los servicios especializados que presta la institución, con investigación y publicaciones.
- Baja capacidad de la entidad para apalancar la inversión con recursos propios.
- Poca empatía y humanización en el proceso de atención de al paciente y su familia por parte de personal asistencial y administrativo
- Fortalecer la prestación de servicios de alta complejidad, abordando integralmente las necesidades de nuestros usuarios, enfocada hacia la acreditación de alta calidad en salud.
- Deficiencias en el sistema de información con el fin de que responda a las necesidades inmediatas de la institución.
- Revisar condiciones de negociación con las EAPB logrando mejores condiciones para la entidad.
- Falta innovación continua en procesos institucionales.
- Bajo nivel medio de implementación de seguridad de la información.
- Sistema de información no facilita la toma de decisiones y no se ajusta a necesidades institucionales.

- Despliegue y adherencia del proceso de acreditación en salud.
- Sistema documental muy denso y esto no facilita la evaluación y seguimiento.
- No existencia de planes de contingencia claros frente a las Barreras en la implementación de los planes, programas y proyectos institucionales por causa de la pandemia COVID-19
- No hay mecanismos efectivos que aseguren el control y desarrollo de los procesos de docencia servicio.
- No resolutivez oportuna en dificultades en la implementación de la historia clínica sistematizada.
- No claridad frente al proceso de formalización del empleo en la institución.
- Alto índice ocupacional
- Fallas en la gestión de inventarios
- Insuficiencia en los espacios de almacenamiento.

OPORTUNIDAD:

- Establecer estudios de mercado fuertes que permitan su actualización permanente y permitan su monitoreo y seguimiento en el tiempo limitando, permitiendo a la entidad su monitoreo y seguimiento.
- Garantizar las condiciones laborales del personal de manera que se mitigue el riesgo de sanciones y acciones judiciales en contra de la entidad que afecte su sostenibilidad.
- Establecer estrategias de permanente capacitación al personal y seguimiento a la formación que han recibido.
- Ampliación portafolio de servicios especializados.
- Establecer programas dirigidos a la población extramural - llevar el hospital a la comunidad.
- Mejorar los procesos de investigación y generación de conocimiento.
- Acompañamiento permanente por parte de la Secretaria de Salud en el proceso de saneamiento de aportes patronales.
- Mejoramiento de la gestión por competencias a través de certificación en normas de salud con el SENA.
- Acreditación institucional

- Promover la investigación con respecto a publicaciones científicas entorno a la seguridad del paciente.
- Reconocimiento como hospital Universitario
- Centro de referenciación para otras instituciones de salud.
- Alianzas estratégicas para fortalecimiento institucional.
- Fortalecer las buenas prácticas de gestión y gobierno de TI por parte del MINTIC
- Fortalecimiento de la red de prestación de servicios de salud en el Departamento
- Desarrollo de estrategias e responsabilidad social.
- Proyección de servicios de alta complejidad

FORTALEZAS:

- Única IPS pública de tercer nivel de complejidad en el departamento y centro de referencia
- Nueva sede UMI para fortalecimiento de los servicios.
- Reconocimiento e identidad de marca
- Recurso humano con conocimiento, experiencia y competencias.
- Única institución el Departamento de carácter Universitario.
- Única institución del departamento certificada en normas internacionales ISO 14001:2015 OHSAS 18001:2007.
- Principal proveedor de servicios especializados en salud del Departamento de Boyacá
- Sistemas de información en evolución permanente con infraestructura tecnológica para soportar la operación de los sistemas informáticos
- Cultura organizacional frente a la mejora institucional.
- Sostenibilidad financiera.
- Recurso humano capacitado.
- Desarrollo e implementación de programas piloto asistenciales y estratégicos.
- Desarrollo de la telemedicina
- Grupos de Investigación Salud San Rafael y Ginob
- Convenios Docencia-servicio, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior con programas de salud acreditados.

AMENAZAS:

- Emergencia sanitaria por COVID-19.
- Normatividad excesiva y cambiante en el sector Salud.
- Pérdida de recursos por la Liquidación Entidades Responsables De Pago
- Demandas asociadas a fallas en la atención
- Falta de universalidad en la afiliación de pacientes y falta de proactividad del municipio para identificación de usuarios
- Cultura de no pago de la población y evasión de los deberes como usuarios del Sistema de Seguridad Social.
- Fluctuación de tarifas de salud.
- Falta de capacidad para dar respuesta al alto volumen de solicitud de remisiones al Hospital que supera la capacidad de respuesta de la entidad
- Disminución de la competitividad frente a otras instituciones de salud.
- Población extranjera sin aseguramiento.
- Escaso financiamiento para la promoción de la investigación.
- Desconocimiento de la demanda insatisfecha.
- Flujo de recursos debido a las dificultades del sector salud.
- Insuficiencia en la Red de prestación de servicios

ANALISIS DOFA

FORTALEZA - OPORTUNIDAD (FO)

- Mejorar el intercambio de datos para permitir la integración con trámites y servicios internos y de otras entidades.
- Infraestructura tecnológica para soportar la operación de los sistemas informáticos.
- Implementación de procesos de auditoria integrales, confiables, Universales, y estandarizados.
- Actualización y entrenamiento del recurso humano para la innovación de los procesos.

- Fortalecer el proceso de mejora continua.
- Fortalecer la humanización del servicio enfocada en seguridad del paciente, cultura de servicio, buen trato al usuario y su familia en aras de lograr satisfacción de nuestros usuarios e imagen corporativa.
- Promover, desarrollar y evaluar una estrategia de comunicación efectiva entre las unidades funcionales, y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.
- Generar alianzas interinstitucionales con los participantes en el aseguramiento de la población.
- Fortalecer el proceso de competencias en salud que permita ampliar las normas de certificación y mejorar la percepción de satisfacción de los usuarios.
- Mejorar oferta y mercadeo de Servicios que ofrece la institución para alta complejidad.

DEBILIDAD - AMENAZA (DA)

- Estructuración de los programas con recurso humano idóneo acorde a las necesidades que permitan darle continuidad a la realización de los procesos.
- Incentivar el reconocimiento docente e investigativo en el Hospital Universitario san Rafael de Tunja.
- Garantizar las condiciones laborales del personal de manera que se mitigue el riesgo de sanciones y acciones judiciales en contra de la entidad que afecte su sostenibilidad.
- Establecer estrategias de supervisión de procesos de modo que se facture de acuerdo a la normatividad y se minimicen las glosas.
- No Disponibilidad de espacio físico para ampliar la infraestructura hospitalaria.
- Optimizar la gestión de inventarios.

DEBILIDAD - OPORTUNIDAD (DO)

- Consolidar la implementación, sostenibilidad y mantenimiento de la Política de Gobierno Digital.

- Buscar recursos para la adquisición de nuevas tecnologías en los servicios de la institución que lo requieran.
- Presentar proyectos a diferentes estamentos que puedan financiar los proyectos de inversión y la apertura de servicios.
- Adelantar el proceso de formalización laboral.
- Realizar programas de capacitación y entrenamiento del personal para mantener la motivación del grupo de trabajo e incrementar el nivel de humanización de atención al paciente.
- Mantener al personal involucrado en el proceso y tener una comunicación clara y continua.
- Impulsar el uso y aprovechamiento de las TIC en los colaboradores del hospital.

FORTALEZA - AMENAZA (FA)

- Colapso en la red de Bogotá y Bucaramanga por contingencia de la pandemia.
- Escasos financiamiento para la promoción de la investigación.
- Resistencia al cambio para implementar mejoras en los procesos.
- Transición epidemiológica del país.
- Problemas logísticos y de accesibilidad externos.
- Referenciación de buenas prácticas de prestación del servicio con instituciones de alta calidad.
- Mantener una relación clara y fluida con las empresas responsables de pago.
- Aprovechar el talento humano actual y generar estrategias que favorezca su nivel de compromiso, satisfacción en la entidad y su permanencia con lo cual se puede disminuir riesgos asociados a la alta rotación.
- Establecer proyectos que permitan la ejecución de los mismos por etapas y con diferentes fuentes de financiación y variabilidad en la ejecución.
- Definición de grupos de estudio e investigación que contribuyan al fortalecimiento de guías, protocolos para la práctica médica con enfoques en disminución de riesgos medico legales para la entidad.
- Posicionar la institución el servicio como centro de aprendizaje y formación.

- Garantizar el equilibrio presupuestal
- Mejora el proceso de inducción y reinducción de los internos.

4.3. REPLANTEAMIENTO MISION Y VISION INSTITUCIONAL

En relación al diagnóstico Institucional se realizó la proyección de la nueva misión y visión Institucional.

MISION:

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

VISION:

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

4.4. OBJETIVOS INSTITUCIONALES O ESTRATEGICOS Y FORMULACION DEL PLAN DE DESARROLLO 2020 – 2024

En este ítem se mencionan uno a uno los objetivos diseñados a partir del diagnóstico referenciado en la metodología adoptada por la Gerencia de la Entidad.

Ver. Anexo Plan de Desarrollo 2020 - 2024

4.6. ARTICULACION INDICADORES RESOLUCION 408 DE 2018

Adoptando las condiciones y metodología, descritas en la Resolución No. 00710 de 2012, modificada por la Resolución 00743 de 2013 y la Resolución 0408 del 15 de febrero de 2018, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión:

- DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
- GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
- GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2	≥ 1.20	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2019, este indicador reporto un resultado de 2,97; respecto al valor obtenido para la vigencia 2018 de 2,67 obteniendo una calificación de 3 en el indicador dado que se encuentra una relación de 1,11.						
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
				2020	2021	2022	2023
Fortalecer el proceso de acreditación en salud.	*Estructurar el modelo de mejoramiento continuo mediante la operatividad de los equipos de mejoramiento institucional, equipos de autoevaluación por grupo de estándares y equipos primarios de mejoramiento. * Diligenciar perfil de la institución para la presentación hacia la acreditación acorde a lo establecido en la Resolución 5095 de 2018. *Desarrollar estrategias para fortalecer el proceso de acreditación. *Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a			Resultado de comparación entre 1,11 y 1,19			

	<p>los estándares y oportunidades de mejora.</p> <p>*Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar para la autoevaluación de los estándares de acreditación.</p> <p>*Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen.</p> <p>*Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados.</p> <p>*Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones priorizadas para la respectiva vigencia desde el enfoque de autocontrol y auditoría interna.</p> <p>*Reportar los avances al ente territorial sobre la implementación del PAMEC</p> <p>*Reportar a SUPERSALUD toda la información sobre ejecución de PAMEC.</p>	
--	--	--

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
Dirección y Gerencia 20%	2	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	Superintendencia Nacional de Salud	100%	≥ 0.90

OBSERVACIONES -SITUACIÓN ACTUAL	Se cumplió con las actividades planteadas en el PAMEC 2019 radicado mediante correo electrónico en Secretaria de Salud de Boyacá, este se lleva a cabo por cada equipo de acreditación de acuerdo al cronograma planteado.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
		2020	2021	2022	2023
Mantener la ejecución de planes de mejora del componente de auditoría sobre el estándar meta para cada año	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones priorizadas para la respectiva vigencia desde el enfoque de autocontrol y auditoría interna. * Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas frente a la implementación del PAMEC. * Analizar el aprendizaje organizacional producto de la implementación del PAMEC. * Estructurar el modelo de mejoramiento continuo mediante la operatividad de los equipos de mejoramiento institucional, equipos de autoevaluación por grupo de estándares y equipos primarios de mejoramiento. * Realizar la socialización sobre resultados del proceso de acreditación en los servicios institucionales y evaluar adherencia. * Fortalecer el proceso de referenciación competitiva. 				≥ 0.90

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
Dirección y Gerencia 20%	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener; el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el cálculo del Indicador.	91%	≥ 0.90

OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	Teniendo en cuenta lo establecido en el Plan de Desarrollo "CONTINUAMOS CONSTRUYENDO CAMINO A LA EXCELENCIA" para el periodo 2016-2020, creado mediante Acuerdo No. 04 de mayo 24 de 2016 y ajustado por el Acuerdo No. 11 de 18 de junio de 2018, y para la vigencia 2019 el promedio general del estado de ejecución de cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional fue de 91% según el informe presentado por la Oficina Asesora de Control Interno de la Entidad.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
Mantener el cumplimiento sobre el estándar meta para cada año	<ul style="list-style-type: none"> * Definir los lineamientos frente al nuevo direccionamiento de la entidad para construir el Plan de Desarrollo 2020-2024. *Construir los planes de acción con cada uno de los procesos (POA) que permitan la operativización del plan de desarrollo. *Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA. * Revisar, analizar y ajustar (si es el caso) el mapa de procesos institucional. * Revisar la estructura funcional de la entidad frente a los roles y responsabilidades de los procesos. * Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de acción por proceso -POA * Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas sobre el cumplimiento del Plan de Desarrollo. 	2020	2021	2022	2023
		≥ 0.90			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	-----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las E,S,E categorizadas con Riesgo medio o alto	SIN RIESGO	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		Respecto a este indicador para el Hospital NO APLICA su calificación, de acuerdo a lo establecido por la Resolución del Ministerio de Salud N° 1342 de 2019, por medio de la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019, La ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja se encuentra en la calificación SIN RIESGO.					
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
				2020	2021	2022	2023
Mantener la calificación riesgo fiscal y financiero.	<p>*Efectuar seguimiento al comportamiento financiero de la entidad y su relación con la productividad evidenciada representada en UVR.</p> <p>*Establecer alertas sobre las desviaciones que puedan afectar los resultados esperados y someter a riesgo financiero a la entidad.</p>			Mantener la calificación sin riesgo fiscal y financiero			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	-----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Financiera y Administrativa 40%	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación-, / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	100%	< 0.90
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		La entidad presento incremento el uso de recursos por cada UVR producida situación que lleva a que para este indicador se obtenga un resultado de 100%, con lo cual se da una calificación de 1. Esto es, que para el año 2019 para producir una UVR el Hospital gasto \$5.540.7 y para el año 2018 para producir una UVR gastó \$5.514.2, situación que muestra que el incremento es menor al IPC.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META				
		2020	2021	2022	2023	
No incrementar el gasto por UVR producida.	<p>*Continuar la operación de la estrategia de plan financiero con la definición de metas, en producción, generación de ingresos, seguimiento al recaudo y la evolución de gasto.</p> <p>*Presentar los informes de seguimiento a los resultados evidenciados al área asistencial para la toma de decisiones.</p>	< 0.90				

Área de Gestión	No	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Financiera y Administrativa 40%	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos:	Certificación como mínimo contendrá:	56%	≥ 0.70
		<ol style="list-style-type: none"> Compras Conjuntas Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos 	<ol style="list-style-type: none"> compras conjuntas Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico en la vigencia evaluada 	<ol style="list-style-type: none"> Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a,b y c. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. Valor total de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada Aplicación de la fórmula del indicador. 		

OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	El valor total de las adquisiciones mediante los mecanismos establecidos en el indicador, se toman el valor total de las compras realizadas a (COOSBOY) y las compras realizadas como resultados de las publicaciones en plataforma electrónica entre los que se encuentran la publicación en el KARDEX de acuerdo a lo dispuesto en el estatuto interno de contratación, acuerdo No 11 de 2019, así como los procesos de convocatoria pública para procesos que superan la mínima cuantía o su objeto no se encuentra dentro de las causas establecidas en el Artículo 18 del Acuerdo No 11 de 2019, la calificación de este indicador fue 3.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
		2020	2021	2022	2023
Fortalecer las estrategias de compras conjuntas, licitaciones o compras electrónicas y de ser costo efectivo mejorar las compras de medicamentos y dispositivos por medio de la Cooperativo de organismos de salud de Boyacá Coosboy.	<p>*Efectuar proyecciones de necesidades al inicio de la vigencia fiscal para poder establecer invitaciones públicas que favorezcan la participación de oferentes y favorezcan el cumplimiento de las metas y el indicador.</p> <p>*Establecer estrategias tendientes a que las necesidades de los rubros de Compra de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico sean financiadas al máximo con la finalidad de adelantar procesos de contratación más amplios y en aplicación de los mecanismos que se evalúan en el Indicador.</p>	≥ 0.70			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
Financiera y Administrativa 40%	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación./ [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior,)]	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa

OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	El hospital ha mantenido una política de pago a personal y contratistas en el momento en que se presenta la cuenta, certificación o factura. Por lo tanto, no tiene deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de 2019. Para la vigencia 2019 se obtiene deuda 0, lo cual da una calificación de 5.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
		2020	2021	2022	2023
Mantener al día los pagos de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	Efectuar el seguimiento al cumplimiento de los pagos por concepto de salario.	Cero (0) o variación negativa			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año		
Financiera y Administrativa 40%	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación.	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.	4	4		
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		El hospital dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes trimestrales de RIPS, este informe se presenta en el comité de historia clínica para su posterior presentación junto con el análisis a la Junta Directiva. En éste se encuentra el análisis de tendencia de las actividades realizadas en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización; la distribución de atenciones por régimen de afiliación, pagador, sexo y grupo etario, zona de procedencia, especialidades y diez primeros diagnósticos en cada servicio. La calificación de 2019 se obtiene 100% es decir se presentaron los correspondientes cuatro informes trimestrales a la Junta Directiva, se encuentra en la escala de calificación de 5.						
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
					2020	2021	2022	2023
Presentar trimestralmente el informe de RIPS a junta directiva		Depuración de base de datos RIPS, elaboración de Informe, revisión de informe por parte de Asesor de desarrollo de servicios y Gerencia, y presentación a junta Directiva para su aprobación final.			4	4	4	4
Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año		

Financiera y Administrativa 40%	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores.)	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	0,94	≥1.00	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		<p>La entidad adopto medidas drásticas de contención de gastos seguimiento a la producción, facturación y optimización en la utilización de los recursos con lo cual se logró que en la vigencia 2019 la entidad alcanzara un incremento en facturación del 16% y tan solo presentara incremento del 10% en los gastos comprometidos de funcionamiento y operación de la vigencia, situación que muestra el impacto alcanzado y la buena gestión realizada en lo corrido de la vigencia 2019. El gasto total comprometido en la vigencia 2019 ascendió a la suma de \$ 164.704.479.615 incluidas las cuentas por pagar de vigencias anteriores, la inversión realizada cifra que muestra un incremento del 28% frente al gasto total de 2018 en el cual ascendió a la suma de \$ 128.975.948.433, este incremento por valor de \$35.728.531.182 se presenta en gran medida por el impacto que tienen la inversión realizada por la entidad en la vigencia 2019 en la cual alcanzo la suma de \$32.914.219.355 y concentra el 20% del total de gasto comprometido por la entidad en la vigencia 2019, mientras que para el año 2018 la inversión alcanzo la suma de \$37.996.968 y una participación del 0.03% frente al gasto total comprometido en la vigencia. La entidad no alcanza el equilibrio con recaudo superior a 1 por venta de servicios de salud el cual fue de 0.94%.</p>					
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
Fortalecer las estrategias implementadas para la generación de facturación exigible que favorezca el recaudo y las de seguimiento y contención de costos y gastos.	<p>*Continuar la operación de la estrategia de plan financiero con la definición de metas, en producción, generación de ingresos, seguimiento al recaudo y la evolución de gasto.</p> <p>*Presentar los informes de seguimiento a los resultados evidenciados al área asistencial para la toma de decisiones.</p> <p>*Seguimiento mensual al recaudo alcanzado y su comparación con las exigibilidades evidenciadas.</p>			2020	2021	2022	2023
							≥1.00

--	--	--

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año	
Financiera y Administrativa 40%	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento reporte Circular Única Expedida Por la SUPERSALUD	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		El hospital presento los informes establecidos en la circular única anual en la vigencia 2019, aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2019 se obtiene resultado Cumple, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango Presentación oportuna en el cumplimiento del reporte para una calificación de 5.					
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR		META			
				2020	2021	2022	2023
Presentar oportunamente la información en cumplimiento de circular única expedida por SUPERSALUD		*Generar Lineamientos frente a los reportes de información de acuerdo a sus periodicidades y responsables para la SUPERSALUD. *Realizar seguimiento al reporte y Gestion de indicadores mediante la unidad de análisis. *Realizar análisis y retroalimentación a los resultados obtenidos. *Establecer planes de mejora para las desviaciones presentadas.		Cumplimiento dentro de los términos previstos por la SUPERSALUD			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año	
Financiera y Administrativa 40%	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Ministerio de Salud y Protección Social	Cumplimiento 100% dentro de los términos previsto de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		Se dio cumplimiento estricto a la presentación de los informes establecidos en el Decreto 2193 de 2004; Anual y trimestrales del año 2019. Enero a Marzo: 28 de mayo de 2019, PRIMER TRIMESTRE Abril a Junio: 29 de agosto de 2019, SEGUNDO TRIMESTRE Julio a Septiembre: 18 de noviembre de 2019, TERCER TRIMESTRE Octubre a Diciembre: 26 de Febrero de 2020, CUARTO TRIMESTRE.					
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR		META			
				2020	2021	2022	2023
Mantener el cumplimiento a los términos establecidos para el reporte de la información reglamentada en el decreto 2193.		*Continuar la consolidación de estados Financieros de manera mensual. *Continuar la presentación y socialización de estados Financieros en Comité de Sostenibilidad previos a la rendición de Informe.		Cumplimiento dentro de los términos previstos			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	-----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Numero de historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia / Número total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	81,1%	≥0.80	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL			El resultado para la vigencia 2019 fue de 81.1%, sin embargo, se requiere definir un plan de trabajo con la implementación de la resolución 3280 de 2018 en lo referente a la ruta de atención materno perinatal. La disponibilidad y adherencia a una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
				2020	2021	2022	2023

<p>Mantener el cumplimiento sobre el estándar meta para cada año</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar inducción a la rotación de todos los médicos internos antes del ingreso a la rotación por ginecobstetricia en las guías de manejo del servicio * Socialización de la ruta integral de atención materno perinatal * Culminar autoevaluación de resolución 3280 de 2018 en lo referente a complicaciones relacionadas con el embarazo * Implementación de Ruta integral de atención materno perinatal * Revisar lista de chequeo para trastornos hipertensivos en la gestación y hemorragias del III trimestre * Auditoria de pares de adherencia a guías de atención incluyendo médicos ginecobstetras y médicos hospitalarios de ginecobstetricia * Socializar guía de manejo de código rojo con el servicio de urgencias, salas de cirugía, UCIA, UCIP, ginecobstetricia * Revisión y análisis Códigos Rojo presentados en el trimestre anterior * Realizar Simulacros código rojo 	<p>≥0.80</p>
--	--	--------------

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año		
Gestión Clínica o asistencial 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).	Numero de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	80,2%	≥0.80		
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		<p>La primera causa de egreso para la vigencia 2019, fue la atención del parto normal, con un total de atenciones de 3.591. La verificación del indicador y la calificación de las historias clínicas de la muestra se realizaron por auditoría médica de la oficina de calidad.</p> <p>La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. La aplicación estricta de la Guía de manejo garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto y el puerperio inmediato.</p>						
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
					2020	2021	2022	2023
Mantener el cumplimiento sobre el estándar meta para cada año		<ul style="list-style-type: none"> * Realizar inducción a la rotación de todos los médicos internos antes del ingreso a la rotación por ginecobstetricia en las guías de manejo del servicio y el diligenciamiento del partograma * Socialización de la ruta integral de atención materno perinatal * Implementación de Ruta integral de atención materno perinatal * Retroalimentar hallazgos en el registro de escala de riesgo obstétrico dentro de la plantilla de ingreso obstétrico, registro de 			≥0.80			

	<p>interpretación y conducta tomada ante prolongación anormal de la dilatación evidenciada en el partograma</p> <p>* Revisar lista de chequeo para evaluación de primera causa de egreso hospitalario * Revisar lista de chequeo para evaluación de primera causa de egreso hospitalario * Auditoria de pares de adherencia a guías de atención incluyendo médicos ginecobstetras y médicos hospitalarios de ginecobstetricia</p>	
--	---	--

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
Gestión Clínica o asistencial 40%	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizado la Apendicectomia dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	Informe de Subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomia que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.	96%	≥0.90
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	La vigencia 2029 reflejo un cumplimiento de la oportunidad en la realización de la Apendicectomía del 96% teniendo en cuenta el crecimiento en cirugías de urgencias del 13% y de las apendicetomías del 7%, gracias al trabajo en equipo del equipo quirúrgico y el área administrativa y a la priorización de estos pacientes pese al número de cirugías de este tipo, así como a la ocupación de hospitalización que aumenta el número de pacientes por procedimientos, este indicador se					

	encuentra en el rango mayor o igual al 90%, se da una calificación de 5.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
		2020	2021	2022	2023
Mantener el cumplimiento dentro de las metas institucionales mayores al 90%, idealmente por encima del 94% como estándar de calidad del proceso	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar seguimiento mensual al comportamiento del indicador de oportunidad *Gestión de desviaciones encontradas en el proceso *Contar con la disponibilidad de sala de partos de urgencias obstétricas, lo que libere espacio en quirófanos y podamos dar mejor respuesta a las necesidades de apendicectomías. 	≥0.90			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	-----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Gestión Clínica o asistencial 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación-número de pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.	Cero (0), o variación negativa	Cero (0), o variación negativa	
	OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		En el año 2019 en la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja se mantiene en 0% de los pacientes con diagnóstico de neumonía bronco - aspirativas de origen intrahospitalario, resultado que cumple el estándar del 0% de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018. Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2019 se obtiene resultado cero (0) %, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud No.408 de 2018 se encuentra en el rango cero (0), se da una calificación de 5.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
				2020	2021	2022	2023

Mantener en cero (0) los casos de neumonías broncoaspirativas de origen hospitalario

* Continuidad en el proceso de vigilancia de casos probables de infección asociada a la atención en salud para identificar casos tempranamente y generar acciones de mejora en el caso de ser requerido.

* Continuar las diferentes estrategias articuladas desde el Programa de Seguridad del Paciente con el fin de prevenir que se presenten casos de neumonías broncoaspirativas en pacientes pediátricos de origen hospitalario, como garantizar acompañamiento permanente de los pacientes, educación orientada a cuidadores respecto a técnicas de alimentación segura, continuar las medidas de vigilancia y control de infecciones, adherencia a las recomendaciones de soporte nutricional "14 correctos".

Cero (0), o variación negativa

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
Gestión Clínica o asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	93,7%	≥0.90
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		Para la vigencia 2019, según la información reportada por SERVINTE, nuestro sistema de información, se presentaron 195 atenciones correspondientes con los códigos CIE10 relacionados con infarto agudo de miocardio y/o administración de medicamento trombolítico, de estas atenciones 163 no cumplen con criterios de inclusión: 56 atenciones tenían diagnósticos que no corresponden a infarto agudo de miocardio como angina inestable, paro cardiorespiratorio, falla cardiaca, entre otras; 92 atenciones corresponden a infarto sin supra desnivel del ST, 12				

	atenciones correspondientes a otras vigencias y 15 casos a infarto agudo de miocardio con supra desnivel del ST sin indicación de terapia trombolítica. Es decir para la evaluación de este indicador se encontraron 32 atenciones. En la vigencia 2019 se presentaron 32 casos de atenciones con infarto agudo de miocardio con elevación del ST con indicación de terapia trombolítica. En 2 casos no se cumplió el estándar, pero igual se realizó sin alteración o complicación para el paciente con el estándar definido por resolución 408 de 2018 de 1 hora entre el diagnóstico y la terapia trombolítica.				
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR	META			
		2020	2021	2022	2023
<p>Mantener el cumplimiento sobre el estándar meta para cada año</p> <p>Mejorar la atención del paciente que ingresan a la institución con diagnóstico de infarto del miocardio con elevación del ST.</p> <p>Mejorar a oportunidad en la atención de Los pacientes con sospecha o diagnóstico de infarto del miocardio con elevación del ST.</p> <p>Optimizar Adherencia a la guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo, por parte del personal asistencial.</p> <p>Mejorar el pronóstico de vida de los pacientes que son manejados por diagnóstico de infarto del miocardio con elevación del ST.</p>	<p>*Reentrenamiento periódico, sobre la guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo con elevación del ST.</p> <p>*Realizar auditoria de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico y manejo infarto del miocardio con elevación del ST.</p> <p>*Retroalimentar los hallazgos encontrados en la auditoria de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico y manejo infarto del miocardio con elevación del ST.</p> <p>*Implementar planes de mejoramiento ante los hallazgos encontrados en la auditoria de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico y manejo infarto del miocardio con elevación del ST.</p>			≥0.90	

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año
-----------------	-----	-----------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

Gestión Clínica o asistencial 40%	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	Informe de referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.	100%	≥0.90	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	En el año 2019 en el análisis de mortalidad por especialidad se encontró que la mayoría de los casos 34% corresponden a la UCIA, 26% a Medicina Interna, el 10% a Cirugía General y Neurología respectivamente, seguido con el 8% por Neurocirugía. El 12% restante se distribuye en otras especialidades. En cuanto a las tasas específicas de mortalidad con estancia mayor a 48 horas por servicio (calculadas con datos Servinte), se observa que en 2019, los servicios con mayor tasa de mortalidad * 1000 egresos, fueron Unidad de Cuidado Intensivo Adulto con 144.1*1000, Neurología con 118.6*1000 egresos, Medicina Interna con 79.7*1000, y Neurocirugía con 75.6 * 1000 egresos. La tasa general de mortalidad institucional para el año 2019 fue de 28.4 * 1000 egresos.						
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
Continuar la búsqueda activa institucional de casos de mortalidad en la base de datos de RUAF módulo nacimientos y defunciones y en los registros de libro de la morgue a fin de identificar la totalidad de la muertes de causa natural y causa externa ocurridas en la institución	*Continuidad en los procedimientos de análisis de casos de mortalidad con estancia superior a 48 horas favoreciendo la evaluación crítica de la atención en pro de búsquedas de oportunidades de mejora que redunden en el aumento de la calidad de atención de los pacientes.			2020	2021	2022	2023
				≥0.90			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año		
Gestión Clínica o asistencial 40%	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	2,44	≤ 5		
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		El indicador de oportunidad de consulta de pediatría se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión, por debajo de 5 días, para la vigencia 2019 el promedio día espera es de 2.44 días. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO. Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2019 se obtiene resultado 2.44 días, lo cual aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango de menor o igual a 5 días, da una calificación de 5.						
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
					2020	2021	2022	2023
<ul style="list-style-type: none"> * Mantener el indicador por debajo de la meta establecida * Organizar la operatividad de la especialidad de acuerdo las necesidades de los usuarios y la capacidad instalada * Mantener la oportunidad y accesibilidad en la prestación de servicios 		<ul style="list-style-type: none"> * Establecer otras estrategias para el agendamiento de la citas con esta especialidad * Reforzar la entrega de información al usuario y familia de esta población durante la atención * Verificar las condiciones previas para la atención de esta población (exámenes previos) * Establecer estrategias de educación comunitaria a esta población. 			≤ 5			

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año	
Gestión Clínica o asistencial 40%	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	2,54	≤ 8	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL	El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 8 días, para 2019 el promedio día espera es de 2.54 días. Aplicando la escala para determinar el cumplimiento en la calificación de 2019 según Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 8 días, se da una calificación de 5.						
LOGROS	ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR			META			
				2020	2021	2022	2023
<ul style="list-style-type: none"> * Mantener el indicador por debajo de la meta establecida * Organizar la operatividad de la especialidad de acuerdo las necesidades de los usuarios y la capacidad instalada * Mantener la oportunidad y accesibilidad en la 	<ul style="list-style-type: none"> * Establecer otras estrategias para el agendamiento de la citas con esta especialidad * Reforzar la entrega de información al usuario y familia de esta población durante la atención * Verificar las condiciones previas para la atención de esta población (exámenes previos) * Establecer estrategias de educación comunitaria a esta población. 			≤ 8			

prestación de servicios

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Fuente de información	Línea de Base 2019	Estándar para cada año	
Gestión Clínica o asistencial 40%	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	8,11	≤ 15	
OBSERVACIONES-SITUACIÓN ACTUAL		El indicador de oportunidad de consulta de Medicina Interna se encuentra dentro de la meta establecida en el plan de gestión por debajo de 15 días, para el 2019 el promedio día espera es de 8.11 días. Este se reportó de manera semestral en cumplimiento de la Resolución 256 de ministerio de salud y protección social y el SIHO. Aplicando a la escala de la Resolución del Ministerio de Salud 408 de 2018, se encuentra en el rango menor o igual a 15 días, se da una calificación de 5.					
LOGROS		ACTIVIDADES GENERALES DESARROLLAR		META			
				2020	2021	2022	2023
<ul style="list-style-type: none"> * Mantener el indicador por debajo de la meta establecida * Organizar la operatividad de la especialidad de acuerdo a las necesidades de los usuarios y la capacidad instalada * Mantener la oportunidad y accesibilidad en la prestación de servicios 		<ul style="list-style-type: none"> * Establecer otras estrategias para el agendamiento de las citas con esta especialidad * Reforzar la entrega de información al usuario y familia de esta población durante la atención * Verificar las condiciones previas para la atención de esta población (exámenes previos) * Establecer estrategias de educación comunitaria a esta población. 		≤ 15			

4.7. FINANCIACION PLAN DE DESARROLLO

4.8. MONITOREO Y EVALUACION

Una vez aprobado el Plan de Gestión, este debe ser ejecutado por la Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe Anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.

5.5 Fase de Evaluación

Ésta última fase consiste en la evaluación anual del Plan de Gestión que presentará la Gerencia a la Junta Directiva en un Informe Ejecutivo al cierre de cada vigencia, a más tardar el 1º de abril de cada año; evidenciando los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y de acuerdo al Anexo 3 Instructivo para calificación y Anexo 4 la matriz de calificación, contenida de la Resolución 408 de 2018

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en la marco legal vigente:

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO CALIFICACION (0,0- 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70%
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70%

El anterior Plan de Gestión se presenta conforme a la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a su vez teniendo en cuenta las necesidades de la institución, con el fin de establecer políticas que permitan un desarrollo sostenible y programado para contribuir de manera armónica a una excelente prestación de servicio.

6. ANEXOS

Anexo 1. Plan de Gestión 2020-2024.

YAMIT NOE HURTADO NEIRA

Gerente