

# VIGENCIA 2022

## INFORME DE RESULTADOS PLAN DE GESTIÓN



**“Forjando una institución de  
Calidad”**

31 de marzo del 2023

## **INTEGRANTES HONORABLE JUNTA DIRECTIVA ESE SANTIAGO DE TUNJA**

Doctor

LUIS ALEJANDRO

FUNEME GONZALEZ (Presidente Junta Directiva)

Doctora

LUCY ESPERANZA RODRIGUEZ PEREZ (Secretaria de salud territorial)

Doctor

OMAR FERNANDO ROBAYO AYENDAÑO (Representante Área Asistencia)

Doctora

MARELVI MORA LOPEZ (Representante Gremios del Sector Productivo)

Doctora

MARIA ESPERANZA NIÑO ALVAREZ (Representante Asociaciones Científicas de diferentes profesionales de la salud)

Doctor

CARLOS CRUZ RAMIREZ (Representante Usuarios)

Doctora

YOLVI AMILETH RODRIGUEZ NAVAS (secretario Junta Directiva)

## **1. INTRODUCCION**

La gerencia y su equipo de trabajo se permite presentar a la Honorable Junta Directiva de la ESE Santiago de Tunja, los resultados del plan de gestión de la vigencia 2021, en concordancia con lo establecido en la resolución 408 de 2018, "Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones", para su conocimiento.

## MARCO NORMATIVO

- **LEY 1438 DE 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**Artículo 72.** Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales. La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para su elección.

La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que, en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se continuará con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero.

**Artículo 73.** Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

**73.1** El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

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

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

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

**Artículo 74.** Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

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

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

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

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

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

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

- **RESOLUCIÓN 710 DE 2012.**

“Por la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración 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 la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”

- **RESOLUCIÓN 408 de 2018.**

“Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones”.

**a. AREA DE GESTION DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**

- INDICADOR N° 1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD, APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

RESULTADO 1.78/1.48 =1.20

**ANÁLISIS:**

Para el 2022, se aplica para la autoevaluación el manual de acreditación ambulatorio y hospitalario versión 3.1 según la resolución 5095 de 2018 y resolución 1328 de 2021 obteniendo un resultado **favorable** debido a que se realizó autoevaluación real del estado de cada uno de los estándares de acreditación con el equipo de trabajo.

ESTANDARES	CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	
	2021	2022
CLIENTE ASISTENCIAL	1,72	1,72
DIRECCIONAMIENTO	1,56	1,63
GERENCIA	1,93	1,59
TALENTO HUMANO	1,51	1,85
AMBIENTE FÍSICO	1,49	1,83
TECNOLOGÍA	1,18	1,94
INFORMACIÓN	1,46	1,80
CALIDAD	1,00	1,90

<b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>	<b>1,48</b>	<b>1,78</b>
-------------------------------	-------------	-------------

<b>Resultado</b>	<b>1,20</b>
------------------	-------------

**SOPORTE**

Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior. Indicador 1 adjunto

INDICADOR N° 2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

RESULTADO: 0.912

#### ANÁLISIS

Teniendo en cuenta las actividades planteadas para la vigencia 2022 dentro del PAMEC (Programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud) y los seguimientos realizados al cumplimiento del mismo, se evidencia un cumplimiento del 91.2%, siendo así meta cumplida para la vigencia y permitiendo aumentar la autoevaluación para la vigencia 2023 y soportar o fortalecer el punto anterior.

#### **EJECUCION PAMEC TOTAL**

	<b>ACC. PROG</b>	<b>ACC. EJEC</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTAL</b>	194	177	91,2%

#### SOPORTE

Superintendencia Nacional de Salud. Indicador 2 adjunto página 17

### INDICADOR N° 3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESULTADO:  $24/37=64.8\%$

#### ANÁLISIS

Para la vigencia 2022 basados en lo establecido en plan de desarrollo institucional se cumplió en un 64.8% con 24 metas cumplidas de 37 programadas para la vigencia

#### SOPORTE

Informe del responsable de planeación de la E.S.E. de lo contrario informe de control interno de la entidad. Debe contener como mínimo: el listado de las metas del POA del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador. Indicador 3 adjunto.



**b. METAS AREA DE GESTION FINANCIERAS Y ADMINISTRATIVAS**

**INDICADOR NO. 4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.**

**Resultado:** SI

**ANÁLISIS:** se realizó adopción por junta directiva del PSFF elaborado bajo lineamientos y metodología del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**SOPORTE:** acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para las ESE categorizadas con riesgo medio ó alto. Se adjunta acto administrativo soporte 4

**INDICADOR NO. 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.**

RESULTADO: 0.79

ANALISIS

Se evidencia que en la vigencia 2022 el gasto se redujo toda vez que la ESE gestionó sus compromisos el resultado del indicador es favorable

SOPORTE:

Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2). Indicador 5 adjunto página 3.

**INDICADOR NO. 6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS:**

**1.COMPRAS CONJUNTAS.**

**2. COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.**

**3. COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.**

RESULTADO

Valor total de medicamentos más material médico quirúrgico adquirido por los mecanismos 1,2 y 3= \$223.949.802 equivalente al 14%

ANÁLISIS

La ESE Santiago de Tunja realizó compras de medicamentos y material médico quirúrgico por los mecanismos mencionados en la resolución 408 de 2018 por un 14% del total de compras por el mismo concepto.

$$\frac{\text{Valor Total de Medicamentos + material medico Quirurgico adquirido por mecanismos a b y c}}{\text{Valor Total de Medicamentos + material medico Quirurgico adquirido en 2022}} = \frac{223.949.802}{\$ 1.632.163.021} = 0,14$$

Valor de adquisiciones por otros mecanismos

$$\frac{\text{Valor Total de Medicamentos + material medico Quirurgico adquirido por otros mecanismos}}{\text{Valor Total de Medicamentos + material medico Quirurgico adquirido en 2022}} = \frac{\$ 1.408.213.219}{\$ 1.632.163.021} = 0,86$$

SOPORTE

Se anexa certificación firmada por revisor fiscal. Indicador 6 adjunto.

**INDICADOR NO. 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 FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.**

RESULTADO= 0

**ANÁLISIS**

El 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 frente a la vigencia anterior dio un resultado de 0 por lo cual al cierre de la vigencia 2022, lo que indica que no existió deuda mayor a 30 días. Lo anterior es debido a la política de prioridad de pagos al personal dentro de un ambiente de bienestar.

**SOPORTE**

Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con revisor Fiscal del Contador de la E.S.E. que contenga como mínimo el valor las variables incluidas en la formula del indicador y el cálculo del indicador. Indicador 7 adjunto.

**INDICADOR NO. 8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.**

RESULTADO: 4 DE 4

**ANÁLISIS**

Durante la vigencia 2022, la Gerencia presentaron 4 informes RIPS de acuerdo con los periodos epidemiológicos de los tres primeros trimestres y quedando ausente el bimestre noviembre diciembre.

<b>Informe RIPS #</b>	<b>Fecha de presentación</b>	<b>Periodo RIPS</b>	<b>Numero de acta de junta directiva</b>
Primer informe	6 de mayo 2022	I trimestre 2022 (1 de enero a 31 de marzo)	Ordinaria No 004
Segundo informe	18 de julio 2022	II trimestre 2022 (1 de abril a 30 de junio)	Ordinaria No 007
Tercer informe	12 de octubre 2022	III trimestre 2022 (1 de Julio a 30 de Sept)	Ordinaria No 009
Cuarto informe	27 de diciembre	Octubre a noviembre 2022	Ordinaria No 013

**SOPORTE**

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. Indicador 8 adjunto

## **INDICADOR NO. 9. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL.**

RESULTADO: 0.82

### ANÁLISIS

Para la vigencia 2022 a pesar de los esfuerzos realizados por el equipo financiero y misional, no logró alcanzar el equilibrio presupuestal al tener un resultado inferior a 1.

### SOPORTE

Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y protección social (2). Indicador 9 adjunto página 3.

**INDICADOR NO. 10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

RESULTADO: NO OPORTUNO

ANÁLISIS

La ESE no presentó en las fechas indicadas el 100% de los reportes de la Circular Única por ende no cumple con el indicador.

SOPORTE

Superintendencia Nacional de Salud. Indicador 10 adjunto página 17

**INDICADOR NO. 11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

RESULTADO: OPORTUNO

ANÁLISIS

La ESE presentó en las fechas indicadas el reporte de 2193 DE 2004 o norma que lo sustituya.

SOPORTE

Ministerio de Salud y Protección Social. Indicador 11 adjunto ver página 10.

**c. METAS AREA DE GESTION CLINICA ASISTENCIAL**

**INDICADOR NO. 12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECIFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN.**

**RESULTADO 0/0= 0**

**ANALISIS**

Se realiza búsqueda de pacientes con diagnóstico médico de hemorragias del III trimestre de embarazo y trastornos hipertensivos en la gestación, donde se evidencia que durante el año 2022 no se generaron consultas de pacientes con dichos diagnósticos. Lo que puede deberse a que en la E.S.E. Santiago de Tunja no presta servicios de atención del parto. Por lo anterior el indicador se mantiene en 0% debido a la no ocurrencia de casos.

**SOPORTE:**

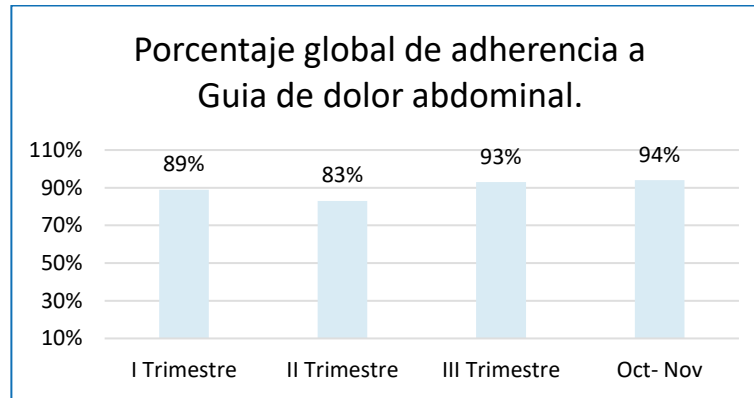
Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador . Anexo 12 página 15



**INDICADOR NO. 13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.**

**RESULTADO:** 89,75%.

**ANALISIS**



El indicador de adherencia a la primera causa de morbilidad corresponde a la guía de dolor abdominal, el cual ha tenido una tendencia positiva iniciando con 89% para primer trimestre y finalizando con 94% para el cuarto trimestre. Las oportunidades de mejora básicamente se concentran en mejorar el registro de todos los Antecedentes y dejar registro de hallazgos a la Auscultación. Para el año 2022 el indicador cumple en el 89,75%.

**SOPORTE**

Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador (4). Anexo 12 página 15

## **INDICADOR NO. 14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA**

**RESULTADO: 168/168=100%**

### **ANALISIS**

Para el año 2022 se han realizado un total de 168 apendicectomías con un promedio de atención de 1,2 hora, se evidencia el cumplimiento de la meta con una tendencia estable manteniendo el tiempo de oportunidad en la realización del procedimiento quirúrgico.

### **SOPORTE**

Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces. Que mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación del indicador. Anexo 14

**INDICADOR N° 15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.**

**RESULTADO: Cero (0)**

**ANALISIS**

**Durante las vigencias 2021 y 2022 no se presentaron pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario**

**SOPORTE**

Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que contenga como mínimo: aplicación de la formula del indicador. Anexo 15

**INDICADOR NO. 16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO MIOCARDIO (IAM)**

**RESULTADO:  $6/7=0,857$**

**ANALISIS**

Para el análisis del indicador se tomó como muestra el 100% de la población atendida con diagnostico al egreso de infarto agudo miocardio (IAM), evidenciando así un 85% de cumplimiento en la oportunidad de la atención de IAM.

**SOPORTE**

Informe Comité de Historias Clínicas de la ESE que contenga como mínimo: referencia del acto administrativo de la adopción de la guía y la aplicación de la formula del indicador (4). Anexo 12 página 15

## **INDICADOR NO. 17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

**RESULTADO: 26/26=1**

### **ANALISIS**

Para el periodo de Enero a Diciembre de 2022 hay 26 fallecidos, casos que fueron en un 100% analizados y a los cuales se les propusieron las acciones de mejora pertinentes.

### **SOPORTE**

Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que contenga como mínimo: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la formula del indicador. Anexo 17