



PLAN DE GESTIÓN

2024 – 2027

LUIS DANIEL VERJEL SÁNCHEZ
Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA

 www.hsdp.gov.co    @esehospitalpamplona



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVOS.....	4
1.1. OBJETIVOS GENERALES	4
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
2. ALCANCE Y LIMITACIONES.....	4
3. RESPONSABILIDADES.....	5
4. MARCO LEGAL	6
5. MARCO CONCEPTUAL	6
6. DESARROLLO	8
7. FASES	8
7.1. Fase de Preparación.....	8
7.2. Fase de Formulación.....	9
7.2.1. Diagnóstico Inicial	9
7.2.1.1. Indicadores de Dirección y Gerencia.....	10
7.2.1.2. Indicadores de Gestión Financiera y Administrativa	12
7.2.1.3. Otros aspectos a considerar en el análisis del área Administrativa y Financiera .	15
7.2.1.3.1. Contratación de prestación de servicios.....	15
7.2.1.3.2. Situación Financiera de la ESE HSJDD.	16
7.2.1.3.3. Estado de los indicadores financieros y presupuestales con corte a 31 de diciembre de 2023	19
7.2.1.3.4. Sistema de Costos	22
7.2.1.3.5. Sistema de Auditoría	23
7.2.1.3.6. Gestión Documental.....	23
7.2.1.3.7. Procesos Judiciales	24
7.2.1.4. Gestión Clínica y asistencial	25
7.2.1.4.1. Otros indicadores Asistenciales	28
7.2.1.4.1.1 Producción de servicios	28
7.2.1.4.1.2. Indicadores de Calidad.....	30
8. COMPROMISOS / LOGROS A ALCANZAR	31
9. METAS ANUALES	35

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene la propuesta de Plan de Gestión 2024 - 2027 que la Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona expone a consideración de la Honorable Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, para su análisis y, si consideran que cumple con los requerimientos de la normatividad vigente, sea aprobado.

Básicamente y atendiendo las fases de que trata el Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 710 de 2012, la propuesta desarrolla las dos primeras fases o etapas (preparación y formulación del plan) y se espera que, la tercera se surta con la aprobación por parte de la Junta Directiva.

Con referencia a la primera de ellas, para su ejecución se ha contado con información originada en la empresa social del estado y reportada a organismos de dirección y control como el Ministerio de Salud y la Protección Social (Decreto 2193 de 2004, Resolución 256 de 2016) y la Superintendencia Nacional de Salud (Circular Única), como también, fuentes primarias tales como la Subgerencia Administrativa y la Subgerencia de Servicios de Salud, además de la Oficina de Planeación de la institución.

En la segunda parte, que corresponde a la fase de formulación se organizó la información recopilada, se analizó y, con base en los resultados obtenidos en una línea de tendencia de cuatro (4) años, se procedió a elaborar la propuesta que hoy es sometida a consideración del órgano rector de la empresa social del estado.

Su finalidad, además de dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, está orientada a que la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona, disponga de un instrumento técnico que le sirva de referente al momento de construir o planificar lo que serán los objetivos y metas institucionales para los próximos cuatro años.

Su orientación es hacia una gestión por resultados, enfocada a la producción de servicios con la finalidad de generar una contribución al mejoramiento del nivel de salud de la comunidad que reside en los municipios del área de influencia de la empresa social del estado. Esa contribución se constituye en un “valor público”, entendido el mismo como la valuación (no necesariamente cuantitativa) que los ciudadanos le otorgan a los bienes y servicios del Estado cuando satisfacen, con calidad y oportunidad, una necesidad sentida. Para el logro de lo anterior se incorporan las funciones de monitoreo y evaluación de los efectos de las políticas públicas. En este sentido, el Plan de Gestión 2024 – 2027 tendrá monitoreo trimestral de los avances en cada una de las metas planteadas y, evaluación anual que permita, medir con objetividad, el progreso en los logros y compromisos y el resultado final de cada uno de los veinte indicadores que le son aplicables a la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona.

En la identificación de logros a alcanzar se encuentran planteados algunos que, por su magnitud, probablemente sea necesario planearlos desde el punto de vista estratégico (largo plazo) toda vez que es posible que un cuatrienio no sea suficiente para su ejecución. En este sentido, la Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona propondrá metas por anualidad, con etapas. Para otras situaciones cuya orientación de desarrollo es de mediano plazo la propuesta se desplegará a nivel táctico, es decir, para ejecución durante el período para el cual fue designado el actual gerente (mediano plazo). Lo priorizado y propuesto en el Plan de Gestión se plasmará posteriormente en el Plan de Desarrollo que también se presentará para aprobación de la Junta Directiva, toda vez que entre los dos documentos se requiere una articulación permanente.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVOS GENERALES

- a. Dar cumplimiento a lo preceptuado en el Artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 y poner en conocimiento de la Junta Directiva de la ESE Hospital San Juan de Dios, para análisis y aprobación, si lo consideran pertinente, la propuesta de Plan de Gestión para el período 2024 – 2027, con base en los contenidos de la Resolución 710 de 2012, sus anexos técnicos y las modificaciones llevadas a cabo por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.
- b. Disponer de una herramienta técnica que sirva de guía a la gestión que debe llevar a cabo la Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios a fin de alcanzar y consolidar resultados que permitan no solo mantener la recuperación financiera de la entidad y el desarrollo de servicios logrado, sino proyectar la prestación de servicios hacia el próximo decenio, con base en infraestructura y tecnología de punta que acompañen la disponibilidad de talento humano de calidad con miras a garantizar una atención en salud acorde con los postulados de integralidad, oportunidad, suficiencia y dignidad.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Realizar la identificación de fuentes de información necesarias y recoger los datos para establecer la línea base.
- b. Analizar la información y elaborar el diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente.
- c. Determinar las metas anuales para cada indicador.
- d. Presentar el proyecto de Plan de Gestión para análisis y aprobación por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.
- e. Identificar situaciones que requieran mejoramiento para, posteriormente, una vez analizadas, incluirlas como metas del Plan de Desarrollo 2024 – 2027 a presentar a la Junta en aproximadamente en agosto de 2024 para su aprobación
- f. Evaluar anualmente los resultados y hacer los ajustes correspondientes.
- g. Presentar a la Junta Directiva informe anual sobre los resultados alcanzados.

2. ALCANCE Y LIMITACIONES

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios – Pamplona, enmarcada siempre en la planeación y aplicación de estrategias orientadas a influir en las condiciones de vida de la población, presenta el Plan de Gestión que tendrá como propósito establecer los compromisos de la alta gerencia al momento de fijar los objetivos, productos y servicios a ofrecer además de las políticas, objetivos, estrategias y líneas de acción; como una responsabilidad de todos y cada uno de los funcionarios que hacen parte de este proceso, en beneficio de la comunidad y desarrollo de la entidad.

3. RESPONSABILIDADES

La Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, modificada mediante resolución 743 de 2013 y estas a su vez modificadas por la resolución 408 de 2018. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Juan De Dios – Pamplona para el periodo 2020 - 2024 y es aquel en donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

- **Gestión de Dirección y Gerencia:** Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **Gestión Financiera y Administrativa:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.
- **Gestión Clínica o Asistencial:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.



La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2024 - 2027, así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica.

4. MARCO LEGAL

- El Decreto 139 de 1.996, en su artículo 7, inciso 4, registra “*Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional*”.
- Ley 1122 de 2007, en el Artículo 2° señala que se hará evaluación *por resultados*. “*El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”.
- Decreto 357 de 2008, por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Ley 1438 de 2011. Tres artículos de la Ley 1438 hacen referencia a este importante insumo de planificación, a saber:
 - a. **Artículo 72.** *Elección y evaluación de los 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”.*
 - b. **Artículo 73.** *Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.*
 - c. **Artículo 74.** *Evaluación del Plan de Gestión del director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.*
 - d. La Resolución 710 de 2012 en su Anexo Técnico N° 1 define los contenidos del Plan de Gestión que debe presentar para aprobación de la Junta Directiva, el Gerente de una Empresa Social del Estado.
 - e. La Resolución 743 de 2013, que modifica los anexos 2, 3 y 4 del artículo 2° de la Resolución 710 de 2012 y el artículo 3° del mismo acto administrativo.
 - f. La Resolución 408 de 2018, por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 sustituyendo los anexos técnicos 2, 3 y 4 y se dictan otras disposiciones.

5. MARCO CONCEPTUAL

Gestión dirección y gerencia: Cumplimiento de los indicadores de dirección y gerencia establecidos en la normatividad vigente.

Gestión administrativa y financiera: Cumplimiento de los indicadores del área administrativa y financiera, establecidos en la normatividad vigente.

Gestión clínica y asistencial: Cumplimiento de los indicadores establecidos para el área clínica y asistencial, establecidos en la normatividad vigente.

Cumplimiento del plan de gestión: Mide el cumplimiento de los logros planteados por la gerencia durante el cuatrienio. Corresponde al avance del cumplimiento de las actividades y metas planeadas para la vigencia.

Programa: Eje programático que debe contener la generalidad del área en mención, este eje debe ir enfocado al tema que concierne a cada dependencia y en el cual se pueda desglosar el subprograma.

Subprograma: Derivado del programa, donde consolide las funciones propias e inherentes de cada dependencia en cuanto a la formulación del plan de acción.

Proyecto: Debe ser parte integral de un programa. Cada dependencia proyecta que espera alcanzar durante la vigencia, de acuerdo al área de trabajo agrupando actividades por cada uno de los temas propios de cada oficina.

Objetivo del Proyecto: Plasma la finalidad del proyecto que se realizará y que logro se espera obtener al finalizar el año.

Meta del proyecto: Es la programación que cada dependencia se proyecta cumplir al finalizar el año, con base en las herramientas requeridas para tal fin. Esta meta debe ser cuantitativa (%) y descriptiva.

Estrategia: Herramientas necesarias para el cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio del año. Tácticas utilizadas para desarrollar las actividades previstas durante la vigencia y que resultados obtendré al llevarlas a cabo.

Actividad: Acciones necesarias para el cumplimiento de metas en un proyecto, en un periodo determinado.

Meta de Resolución: Programación del cumplimiento de la actividad durante la vigencia. Esta debe ser cuantitativa (%) y descriptiva, que sean acordes con la actividad a desarrollar y ajustables a la realidad de la entidad, para no sobredimensionar la meta.

Línea Base: Resultado de la fórmula del indicador con el fin de definir con lo que actualmente cuenta la entidad y a partir de allí establecer la base para iniciar la definición de las metas.

Indicador: Medición de las metas planteadas en el inicio del año, determinando el cumplimiento de las mismas, al ser desarrollado y evaluado.

- **Eficiencia:** Determina si el resultado alcanzado logró las metas establecidas al mínimo costo y que herramientas se utilizaron para la obtención de los objetivos (recurso financiero o tiempo para desarrollar la actividad).
- **Eficacia:** Verifica el cumplimiento de la meta y en qué porcentaje de avance se encuentra la dependencia, esta medición permite establecer si el resultado fue favorable o no para la oficina y por ende para la entidad, con base en las actividades previstas y en la evaluación realizada en cada trimestre.

- **Efectividad:** Este indicador determina la finalidad para la cual se está planteando la meta. El impacto que se obtiene al cumplir con la meta programada.
- **Impacto:** Cambio logrado en la población como resultado del producto.

6. DESARROLLO

El Plan de Gestión, contendrá las metas de gestión del cuatrienio con base en los indicadores establecidos en la normatividad vigente, de acuerdo a las áreas de Dirección y gerencia; administrativa y financiera; clínica y asistencial.

Se constituye en el documento que refleja los compromisos que la Gerencia establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales incluyen las metas y actividades en las áreas de gestión de dirección y gerencia; administrativa y financiera; clínica y asistencial; este se medirá a través de los indicadores definidos.

7. FASES

La Resolución 710 de 2012, en su Anexo Técnico N° 1, establece cinco fases para la elaboración del Plan de Gestión del Gerente de una Empresa Social del Estado, a saber:

- Fase de Preparación.
- Fase de Formulación.
- Fase de Aprobación.
- Fase de Ejecución.
- Fase de Evaluación.

El presente documento hace referencia central a las dos primeras fases. En lo correspondiente a la tercera fase, en cumplimiento de la norma (Art 73.1 Ley 1438), se hará entrega, dentro de los términos previstos, a la honorable Junta Directiva, para que ella proceda a su revisión y aprobación. La cuarta de ellas, como su nombre lo indica, corresponde al período que abarca el Plan. La quinta y última tendrá diversos momentos, relacionados ellos con las correspondientes evaluaciones anuales de que trata la Resolución 710 y las modificaciones de las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

7.1. Fase de Preparación

En lo que hace referencia a la fase de preparación, tiene que ver con el aprestamiento y organización que debe realizar una empresa social del estado para poder, posteriormente, afrontar la fase de formulación del Plan de Gestión. En esta fase debe hacerse, liderado por la gerencia, una distribución de las distintas tareas que deben cumplirse y, por tanto, es necesario tener claridad sobre quién, qué, cómo, para cuándo, con qué calidad deben elaborarse los distintos productos que se requieren para pasar a la fase siguiente.

En cuanto tiene que ver con la ESE Hospital San Juan de Dios - Pamplona, esta fase se inicia a partir de una revisión detallada de la información, entre ella, la diversa normatividad,

que dio la pauta para definir los tiempos en que debe estar a disposición cada insumo a recopilar. Posteriormente, se llevaron a cabo distintas reuniones con el equipo de trabajo, con el objetivo de poner en conocimiento de todos, la metodología para realizar las tareas, definir información que se necesitaba, quién o quiénes eran los responsables y para cuando se requería disponer de ella.

Además, se conformó un grupo técnico liderado por la Gerencia de la ESE donde participan, entre otros, las dos subgerencias y el grupo de sistemas de información, el cual tendrá a cargo la recopilación y análisis de la información generada por cada dependencia y su inserción dentro del cuerpo del documento.

Es necesario aclarar que las fuentes para la elaboración del presente documento corresponden, en buena medida a información del decreto 2193, Circular Única de la Supersalud y otras de origen interno que aportaron datos de las vigencias vigencias 2019 – 2023.

Dado los tiempos establecidos en la norma para la presentación del Plan de Gestión a la Junta Directiva se preparó un cronograma donde se definieron aspectos tales como qué información debía recopilarse, quién debía hacerlo, en qué condiciones se requería la información y fecha límite para la entrega.

También, se define la fecha de socialización del primer borrador del documento PLAN DE GESTIÓN para el 30 de abril de 2024, con la finalidad de que se realicen las observaciones, recomendaciones y demás que se consideren pertinentes.

Una vez se disponga de estas últimas, con la participación de la Gerencia y el equipo de consolidación, se harán los ajustes que se consideren necesarios, los cuales, según el calendario de trabajo establecido, deben estar disponibles a más tardar el 8 de mayo, con el fin de que la Gerencia disponga de un tiempo máximo de tres días para realizar un análisis detallado del documento final y presentarlo a consideración de la Junta Directiva el 14 de mayo de la presente anualidad.

7.2. Fase de Formulación

7.2.1. Diagnóstico Inicial

Terminada la fase de preparación y una vez recopilada y analizada la información producida por cada dependencia, se define qué, de cada componente, hará parte del documento Plan de Gestión, a partir del hecho de que solo debe considerarse aquella que tenga especial relevancia para la construcción del Plan.

Una vez surtida esta etapa, la ESE dispone de un informe técnico desde la óptica de los aspectos más importantes en el comportamiento de la empresa, analizando causas y consecuencias de los aspectos o situacionales que se consideran “poco triviales”, con un abordaje desde la perspectiva de los indicadores de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018, emanadas del Ministerio de Salud y la Protección Social.

La línea base para el análisis de cada indicador es diciembre 31 de 2023, pero se considera pertinente trabajar con un entorno mínimo de 4 años de observación, en los casos donde se pueda, para poder considerar tendencia de las situaciones.

7.2.1.1. Indicadores de Dirección y Gerencia

Respecto de los tres indicadores que conforman esta área, que constituye el direccionamiento estratégico y representa el 20% de la evaluación, se considera pertinente hacer notar:

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios - Pamplona, durante los cinco años anteriores (2019 – 2023 debido a que 2020 se considera un año atípico) ha acumulado resultados que pueden considerarse positivos pues han contribuido a avanzar en la recuperación financiera y administrativa de la entidad, que venía de suscribir en 2018 un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y solo en mayo de 2023 dicho ministerio emitió concepto, con información a 31 de diciembre 2022, de que la institución prestadora de servicios de salud había cumplido las metas concertadas y terminado su participación en dicho programa.

A continuación, se presenta el comportamiento de los indicadores que, con base en el nivel de atención de la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona le aplican de acuerdo a lo definido en la Resolución 408 de 2018 emanada del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Tabla N.º1: Resultados Autoevaluación - Indicador N.º1 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
1	1,04	1,04	1,04	1,02

Fuente: Autoevaluaciones 2022 y 2023

Respecto del indicador N° 1, el resultado observado entre las vigencias 2019 a 2023 es consistente con el evento de que la ESE, hasta 2022 estuvo enmarcada en un programa de saneamiento fiscal y financiero producto de haber sido calificada como de riesgo financiero alto por el MSPS, lo que le obligaba al cumplimiento de metas de contención del gasto, entre otras muchas. De por sí, la misma situación económica de la ESE no le permitía disponer de los recursos necesarios para plantear intervenciones que demandaran una inversión significativa, amén de que su infraestructura data de más de cincuenta años y, en muchos aspectos no cumple con la normatividad vigente en cuanto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Así las cosas, el crecimiento interanual que se propuso y consiguió fue pequeño (en un rango de uno a cinco) y se dio a expensas de acciones documentales que no demandaran erogaciones importantes. Pero, este espacio de lograr avances a partir de la elaboración de algunos documentos técnicos se ha agotado y, lo que procede es orientarse al desarrollo de procesos y cumplimiento de estándares de infraestructura y dotación, para lo cual se requiere disponer de recursos en un monto más que significativo, que la ESE no está en condiciones de atender.

La Administración Departamental ha manifestado su apoyo a la construcción de un nuevo hospital y ya se tiene aprobada la concertación de la capacidad instalada tanto con el Instituto Departamental de Salud como con el Ministerio de Salud y la Protección Social. Se está en proceso de diseño de los planos y se irá avanzando en ellos con el acompañamiento del MSPS. Una vez se disponga de los mismos debe darse inicio a la fase de gestión de

recursos ante instancias departamentales y nacionales. Dado que es un proyecto estratégico, de largo plazo, es necesario plantear su logro más allá de la vigencia 2028.

Pero, en general la infraestructura de las IPS que conforman la red de la empresa social del estado también presenta problemas de fondo que no permiten considerar acciones de bajo costo sino inversiones en reposición total de la misma. En estas situaciones se encuentran las sedes de los municipios de Chitagá, Cucutilla y Cácuta, Pamplonita, Silos, entre otras. La Gerencia anterior dejó incorporados recursos que gestionó y se está en fase de revisión de los proyectos con el IDS, entidad que ha solicitado algunos ajustes los cuales serán atendidos con prontitud para continuar avanzando y, poder proceder a la contratación de las obras que permitan, al final de este cuatrienio, poder poner las mismas al servicio de la comunidad o, por lo menos, dejar avances de entre un 75 a 80% en la ejecución de esas obras.

Sobre las restantes, que también adolecen de no cumplimiento en el estándar de infraestructura, corresponde a la actual Gerencia proceder en consecuencia y trabajar en la estructuración de los proyectos correspondientes para, una vez viabilizados, iniciar la fase de gestión de recursos.

Tabla N.º2: Comportamiento de las acciones de mejoramiento ejecutadas.
Indicador N.º 2 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
1	1	0,9	1	1

Fuente: Aplicativo Supersalud 2023

El indicador N° 2, que hace referencia al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad muestra los resultados en porcentaje de cumplimiento entre las acciones planificadas en cada uno de los años y las acciones ejecutadas. Como se puede observar, en las distintas vigencias, con excepción del año 2021, donde se dejaron de ejecutar dos acciones programadas, en las demás se alcanzaron porcentajes de 100. Ese es el resultado de planificar con base en racionalización de recursos y capacidad instalada al interior de la empresa social del estado. Este es un indicador que va de la mano con el N° 1 y de su avance en el logro de las acciones de mejora que se programen, redundarán efectos en las autoevaluaciones.

Tabla N.º3: Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo
Indicador N.º 3 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
97	99,8	97	98	95

Fuente: Certificación Oficina CI de Gestión 2023

El análisis permite observar un cumplimiento superior al 90% en cada una de las vigencias entre 2019 y 2022. Para 2023 el resultado muestra un leve descenso respecto de lo observado en 2022, que obedece al no cumplimiento de una parte de la meta 37 del POA al no reportar un archivo con la oportunidad requerida por la Supersalud y, por otra parte, a que la meta referente a avances en gestión documental solo alcanzó un cumplimiento de 61,8%.

7.2.1.2. Indicadores de Gestión Financiera y Administrativa

Para llevar a cabo un análisis del área administrativa y financiera es necesario observar un grupo de procesos ejecutados y orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. Además, la gestión financiera y administrativa se encuentra alineada con las finanzas, presupuesto, perspectiva de desarrollo, usuarios y mercadeo.

Respecto del área en comento, se lleva a cabo, un análisis del comportamiento de los indicadores que corresponden a la misma, la cual tiene un peso específico del 40% con referencia del total de la evaluación.

Además, de los indicadores contenidos en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 408 de 2018 se incluye también un análisis de la situación de otros aspectos que a juicio de la institución son importantes para conocer cómo está la empresa social del estado en lo atinente a ellos y cuál es su incidencia en el comportamiento de la entidad.

Tabla N.º4: Comportamiento del riesgo fiscal y financiero
Indicador N.º 4 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
PSFF	NA	NA	NA	PSFF CUMPLIDO

Fuente: Ficha Técnica MSPS 2023

En 2018 se suscribió con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que, en la medida en que la ESE diera cumplimiento a las metas establecidas, terminaría en 2022. Debido a la declaratoria de pandemia, entre 2020 y 2022 el Ministerio de Salud no expidió actos administrativos de calificación del riesgo fiscal de las ESE. No obstante, la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios – Pamplona continuó trabajando en el cumplimiento de las metas, elaboró y presentó ante MHCP los informes correspondientes y, con base en ello, en 2023 se emitió el concepto de finalización del programa en referencia. Es decir, la ESE ya no se encuentra en riesgo fiscal. La Gerencia de la ESE destaca el compromiso y apoyo irrestricto de la Administración Departamental para poder cumplir con el pago de las acreencias que presentaba la entidad. Sin su concurso había sido imposible cancelar los pasivos que se tenían.

Tabla N.º5: Evaluación costo promedio de UVR
Indicador N.º 5 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
0,9	1,78	0,67	1,02	1,04

Fuente: Ficha Técnica MSPS 2023

El resultado del indicador N° 5 ha presentado altibajos a lo largo de las cinco vigencias observadas. En 2019 se registró 0,90, con una reducción de 10% respecto del costo observado en 2018, a valor presente. En 2020, con la llegada de la pandemia y el “recogimiento” de la población la producción bajó ostensiblemente, pero hubo necesidad de mantener disponible la prestación de servicios, que condujo a un incremento en el costo

promedio de cada unidad de valor relativo (UVR). Para 2021, con una mejor capacidad de respuesta, el costo de producción de cada UVR se redujo en 33%, alcanzando un grado de eficiencia. Pero, llega un momento es que es muy difícil reducir más ese costo y eso es lo que se observó en 2022. Al finalizar 2023 el resultado obtenido es superior en 4% al de la vigencia anterior. Sin embargo, la ESE debe continuar haciendo esfuerzos para mantener el resultado del indicador en cifras iguales o menores a uno (1).

Tabla N.º 6: Porcentaje de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico - adquiridos a través de los mecanismos de la norma - Indicador N.º 6 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
0	0	0	0	0

Fuente: Información Subgerente Administrativo y Financiero -Certificación Revisor Fiscal de la ESE.

Este es un indicador orientado, dentro de la norma, a buscar la racionalización del gasto a partir de la utilización de estrategias tales como la compra de insumos hospitalarios y medicamentos a través de cooperativas, asociaciones de ESE y medios electrónicos. Sin embargo, en un mercado tan competido, se pueden conseguir precios y calidad muy similares y con mayor oportunidad con diversidad de proveedores. Queda a la decisión de la gerencia qué mecanismos utilizar. Para el caso de la ESE Hospital San Juan de Dios se ha acudido a alternativas diferentes a las contempladas en la Resolución 408 de 2018, lo que implica la pérdida de la calificación en el presente indicador a lo largo de diferentes vigencias. Sin embargo, la Gerencia de la empresa social del estado debe hacer un esfuerzo por iniciar, así sea de manera paulatina, a explorar qué resultados se pueden obtener con la utilización de los mecanismos descritos en la norma.

Tabla N.º 7: Deuda superior a 30 días con personal de planta o contratistas. Indicador N.º 7 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
0	0	0	0	0

Fuente: Certificación Revisor Fiscal de la ESE.

La ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona asume con mucha responsabilidad el cumplimiento de las acreencias que se generan con sus trabajadores tanto de planta como contratistas por prestación de servicios y, en los últimos cinco años no presenta deuda superior a 30 días por este concepto.

La Gerencia de la entidad reconoce que el talento humano con que cuenta es fundamental en la generación de prestaciones de servicio con calidad y que, una manera de corresponder a ese compromiso es honrando con oportunidad y suficiencia la cancelación de esas acreencias.

Tabla N.º 8: Informes de RIPS presentados a la Junta Directiva. Indicador N.º 8 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
4	4	3	4	4

Fuente: Actas de Junta Directiva

En general, la ESE cumple con la presentación de los cuatro informes de RIPS a la Junta Directiva en cada vigencia. La situación evidenciada en 2021 corresponde más a un malentendido por parte del Instituto Departamental de Salud que considera que, al hablarse de 4 informes en la vigencia los mismos deben ser trimestrales, lo cual no está señalado en ninguna parte de la norma. Además, se condiciona la presentación del informe a la Junta a un concepto previo por parte del IDS, situación que tampoco está establecida en ningún acto administrativo y que no aporta beneficio alguno para las partes porque la entidad se limita a conceptuar sobre la estructura de los RIPS.

Tabla N.º 9: Equilibrio con recaudo. Indicador N.º 9 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
1,02	1,04	1,2	1,19	1,2

Fuente: Ficha técnica SIHO 2023

El indicador N.º 9 que trata sobre el equilibrio presupuestal con recaudo muestra resultados satisfactorios en los últimos cinco años (2019 – 2023) y, en algunas vigencias como 2021 a 2023 los mismos pueden considerarse como destacados. Los anteriores resultados tienen que ver con una política de austeridad en el gasto, a la cual ha contribuido los compromisos adquiridos con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, por otra parte, a la política adoptada de solo comprometer gasto con base en el recaudo.

Tabla N.º 10: Equilibrio con recaudo. Indicador N.º 10 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
No cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple

Fuente: Aplicativo Supersalud 2023

El indicador N.º 10 ha mostrado resultados que han generado sinsabor al interior de la ESE en algunas vigencias (2019, 2021 y 2023) entre otras razones por la multiplicidad de archivos a reportar y por los cambios intempestivos que sufre la norma, que obligan a los responsables al interior de las instituciones a una revisión continua de la misma so pena de incurrir en no reporte o carencia de oportunidad en el mismo. En 2022 parecía que se recuperaba el sendero que llevaba a realizar todos los reportes de manera oportuna y se espera continuar por ella en la actual vigencia. En 2023 la ESE venía cumpliendo con el reporte de la información a la Supersalud pero, la omisión del reporte de un archivo de manera oportuna dio al traste con el resultado final del indicador que, para la vigencia registro nuevamente “No cumple”. Esto no debiera estar pasando y la Gerencia debe tomar cartas en el asunto y resolver de manera efectiva los “cuellos de botella” que están obstaculizando el cumplimiento en este indicador.

Tabla N.º 11: Reporte de información Decreto 2193 AL MSPS.
Indicador N.º 11 RES. 408 de 2018

2019	2020	2021	2022	2023
Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple

Fuente: Reporte de cumplimiento Decreto 2193 MSPS

La evaluación del indicador 11 de la Resolución 408 de 2018 registra cumplimiento en todas las vigencias observadas, desde 2012. La ESE reporta la información pertinente al IDS quien verifica suficiencia y consistencia del reporte, solicita los ajustes a que haya lugar y, posteriormente reporta al Ministerio.

7.2.1.3. Otros aspectos a considerar en el análisis del área Administrativa y Financiera

7.2.1.3.1. Contratación de prestación de servicios.

La ESE San Juan de Dios – Pamplona, sede del nodo de red Sur del departamento, acorde con lo estipulado en el documento de Red aprobado por el Ministerio de Salud y la Protección Social en 2019, posee un Hospital de mediana complejidad, con una capacidad instalada de 50 camas.

La contratación de prestación de servicios de la ESE, con los diferentes pagadores, se da bajo dos formas: La primera de ellas, referida a la prestación de servicios de baja complejidad, se realiza por cápita y corresponde, principalmente a las acciones que se ejecutan en los puestos y centros de salud de la ESE y la consulta médica general que se lleva a cabo en el hospital.

Tabla N.º 12: Población afiliada al SGSSS A Febrero 2024

MUNICIPIO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	TOTAL GENERAL
CACOTA	2.563	305	2.868
CHITAGA	10.299	691	10.990
CUCUTILLA	6.474	751	7.225
CUCUTILLA	6.474	751	7.225
PAMPLONA	30.767	16.135	46.902
PAMPLONITA	3.809	739	4.548
SILOS	4.422	205	4.627
TOTAL	64.808	19.577	84.385

Fuente: Base de datos MSPS

La base de datos del MSPS, con corte a febrero 2024 reporta 64.808 afiliados al régimen subsidiado y, 19.577 al contributivo que, deberían reflejarse en la contratación que las EAPB posean con los distintos prestadores existentes en los municipios del área de influencia de la ESE. Si el Hospital San Juan de Dios - Pamplona manifiesta que tiene contratada la atención de aproximadamente 63.000 afiliados, es necesario trabajar de la mano con las administraciones municipales y el IDS para verificar en qué IPS se está atendiendo estas personas o, si se están atendiendo, pero no cobrando, toda vez que la empresa social del estado es el único prestador en seis de los municipios y tampoco existen muchos oferentes en el municipio sede que representa más del 54% de la población del área de influencia de la entidad, para primer nivel.

De otra parte, debe realizarse un análisis detallado de los componentes de la cápita para, contrastarlo con la que están contratando otros prestadores y observar qué diferencias existen que permitan que ellos estén cobrando por encima de lo que está contratando la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona.

Pero, aun contratando capitado el grueso de la población afiliada y la mediana complejidad por evento, la empresa social del estado no cuenta con un sistema de costos que le permita conocer a ciencia cuánto le cuesta una actividad y puede estar generando pérdidas al estar contratando con profesionales sobre cuya productividad no existe ningún análisis.

Además, de lo anterior, con base en lo reportado por el MSPS debe analizarse la participación en la contratación para atender la población del contributivo. Debe recordarse que, la única red existente, que puede garantizar oportunidad en los siete municipios es la correspondiente a la empresa social del estado. Es necesario iniciar la gestión correspondiente para, con base en la capacidad instalada generar contratación de la atención de un mayor número de afiliados.

De otra parte, debe tenerse en cuenta que, conforme se es sede del nodo Sur, la ESE debe requerir al IDS y a la Gerencia de la ESE Sur Oriental para que las referencias, en la medida en que la valoración médica previa así lo decida, se realicen al San Juan de Dios – Pamplona y no al Erasmo Meoz, contribuyendo de esta forma al logro de dos beneficios: Uno, el incremento de la demanda y los ingresos para la primera y, dos, disminuyendo la presión sobre la segunda, lo cual le permite orientarse mejor a la alta complejidad.

7.2.1.3.2. Situación Financiera de la ESE HSJDD.

La Empresa Social del Estado lleva a cabo periódicamente, actividades de evaluación sobre los procesos institucionales buscando con ello la retroalimentación y el mejoramiento continuo, tomando como fuente la información producida por las distintas áreas de la entidad, entre ellas, la correspondiente al Área Financiera, resultado de las operaciones originadas en las secciones de Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Activos, Facturación y Cartera, con el único fin de interactuar, conciliar y ajustar los procesos contables y financieros encaminados a la revelación de los hechos económicos de la ESE.

Producto de ello, se presenta a continuación un análisis comparativo del comportamiento de algunos indicadores que se consideran importantes para conocer la situación financiera de la institución y tomar medidas para su mejoramiento.

Indicadores de Rentabilidad: miden la capacidad que tiene la entidad de mantenerse en el tiempo; es decir, la sostenibilidad que ha de ser producto de la efectividad que tiene al administrar los costos y gastos y convertirlos en utilidad.

Tabla N.º 13: Indicador de rentabilidad 2022 y 2023

Indicador de rentabilidad	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Rendimiento del activo total %	3 %	5%
Rendimiento del patrimonio %	3%	6%
Rentabilidad de la ventas %	4%	6%

Fuente: Estados financieros de la ESE

1. Respecto del rendimiento del activo total, se observa que mientras al cuarto trimestre de 2022 generaba una rentabilidad de 3%, la misma se incrementó al 5% al finalizar 2023.
2. En lo atinente al rendimiento del patrimonio también se registra un incremento pues pasa de 3% al 6% entre las dos vigencias. Si bien los dos resultados son positivos, el obtenido en 2023 es el doble de lo observado en 2022
3. La rentabilidad de las ventas registra un comportamiento positivo en las dos vigencias, pero el mismo fue de mayor contundencia en el último año registrado.

En general, los indicadores de rentabilidad mostraron resultados importantes para la empresa social del estado y eso se refleja en los estados financieros.

Indicadores de Liquidez financiera: miden la capacidad que tiene la entidad de generar dinero efectivo para responder por sus compromisos y obligaciones con vencimientos a corto plazo.

Tabla N.º 14: Indicador de liquidez financiera 2022 y 2023

Indicador de liquidez financiera	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Liquidez de corto plazo	18.93	16.07
Capital de trabajo (miles de \$)	\$ 16.902.067.000	\$ 20.127.786.000
Razón activo corriente	35.39	36.54
Rotación cartera (Días)	109 días	127 días
Rotación cartera (Veces)	3.29 veces	2.10 veces

Fuente: Estados financieros de la ESE

1. El resultado 16.93 significa que se tiene una razón corriente de 16.93 a 1. Esto quiere decir que por cada peso que la empresa debe en el corto plazo tiene \$ 16.07 pesos para pagar o respaldar sus obligaciones de corto plazo para el periodo 2023. Con este resultado se puede inferir que el Hospital presenta un nivel de solvencia equilibrado pero inferior al periodo 2022 para responder a sus deudas.
2. En el análisis del capital de trabajo encontramos que en el cuarto trimestre del año 2023 contamos con activos corrientes necesarios para que la empresa desarrolle su actividad económica eficientemente aumentando en un 19% con respecto al año 2022, el cual presentaba un capital aceptable para desarrollar su actividad económica de manera eficiente.
3. La razón corriente se calcula para investigar la forma como en la empresa se están asignando los recursos entre los diferentes tipos de activos, Esto quiere decir que la empresa por cada peso que debe, tiene 36.54 pesos para pagar o respaldar esa deuda, situación similar al cuarto trimestre del

año 2022, en el cual se tenían tan solo 35.39 para respaldar las deudas contraídas por la entidad.

4. La rotación de cartera en días permite identificar cuanto tiempo nos toma recuperar el monto de las ventas que se han realizado a crédito. El resultado observado no es positivo pues mientras en 2022 el resultado de la rotación era de 109 días, en la vigencia 2023 correspondió a 127 días, con un deterioro importante en el indicador. La ESE debe tomar los recaudos necesarios para intervenir esta situación y mejorar el resultado observado.
5. De otra parte, la rotación de cartera en veces que para la vigencia 2022 fue de 3,29 pasó, en 2023 a un resultado de 2,10, que en parte se ve afectado por el monto de la cartera pues mientras en la vigencia 2022 fue de \$8,817 millones, en 2023 ascendió a \$14.545 millones. Es decir, para recuperar un monto mayor se requiere más tiempo y eso se traduce en menor número de veces de la rotación.

Indicadores de Endeudamiento (Estructura del Capital): miden la capacidad que tiene la entidad de contraer obligaciones para financiar sus operaciones e inversiones, y respaldar las mismas con su capital propio; es decir, evalúan la capacidad que tiene la entidad para responder a sus obligaciones, acudiendo al patrimonio.

Tabla N.º 15: Indicador de endeudamiento 2022 y 2023

Indicador de endeudamiento	Diciembre 2022	Diciembre 2023
Endeudamiento a corto plazo %	1%	1%
Endeudamiento patrimonial%	15%	10%
Endeudamiento total %	13%	9%
Solidez	7,96%	11,.41%

Fuente: Estados financieros de la ESE

1. El porcentaje de endeudamiento a corto plazo para los años 2022 y 2023 fue de 1%, con una afectación positiva para la ESE pues significa que el monto a destinar del flujo de caja para la cancelación de las deudas es poco significativo y eso se traduce en minimización de riesgos.
2. El indicador de endeudamiento patrimonial también evidencia un aumento en la participación de los pasivos con respecto al patrimonio institucional pasando del 15% en el año 2022 al 10% en la vigencia 2023. Es decir, que por cada 1 peso que la E.S.E. tiene de patrimonio, debe 10%. El mejoramiento del resultado obtenido entre una vigencia y otra es producto de la atención oportuna de las acreencias que poseía.
3. El indicador de endeudamiento total marca una tendencia pasando de tener un pasivo con una participación de los activos de apenas un 13% en el cuarto trimestre del año 2022, a un comportamiento igual del 9% en el cuarto trimestre del año 2023, reflejando para el cuarto trimestre del año 2023 contención de los gastos, pero poca efectividad en el cobro de cartera.

4. El indicador de solidez nos muestra, que el Hospital pasó de contar con \$ 7.96 para cubrir cada peso adeudado en el cuarto trimestre del año 2022, a tener \$11.41 para el mismo propósito en el cuarto trimestre del año 2023. la tendencia refleja que para el año 2023.

7.2.1.3.3. Estado de los indicadores financieros y presupuestales con corte a 31 de diciembre de 2023

El análisis de los últimos 4 años, realizado a valor presente, muestra los siguientes resultados:

Tabla N.º 16: Gasto comprometido (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	33.601.600,26	31.241.555,59	31.725.685,24	34.093.670,95
Gasto de Funcionamiento	25.292.130,13	27.063.475,46	27.685.381,5	28.403.069,53
Gastos de Personal	18.095.974,7	21.502.911,32	21.336.729,03	21.172.188,91
Gasto de Personal de Planta	7.844.242,91	7.698.449,32	7.785.890,65	8.079.181,15
Servicios Personales Indirectos	10.251.731,79	13.804.462	13.550.838,38	13.093.007,76
Gasto de Sueldos	4.363.252,31	4.285.842,19	4.386.055,25	4.431.433,02
Gastos Generales	6.751.765,83	4.767.683,48	6.106.362,54	7.190.417,77
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	4.668.327,87	4.178.080,13	4.040.303,74	4.598.366,2
Otros Gastos	4.085.531,86	792.880,66	242.289,93	1.132.698,07
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	28.449,85	0	0	0
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	33.630.050,11	31.241.555,59	31.725.685,24	34.093.670,95

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

De manera coherente con las metas a que estaba comprometido a cumplir a partir de la suscripción del programa de saneamiento fiscal y financiero con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona ha incrementado el gasto comprometido, a pesos constantes, de manera paulatina, a partir de la necesidad de producir más servicios, conforme a la demanda.

Entre 2022 y 2023 ese incremento fue de 7,46% y se identificó básicamente con cuatro parámetros, dentro de los cuales se registran gasto de funcionamiento, gastos generales y gastos de operación comercial y de prestación de servicios y otros gastos.

El registro correspondiente a 2020 se ve afectado por la situación de pandemia con la declaración de emergencia sanitaria a partir de marzo de dicho año y que demandó importantes recursos de todos los prestadores públicos para garantizar la atención en salud de la comunidad.

Tabla N.º 17: Ingresos reconocidos (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	38.612.563,13	39.253.437,88	42.103.454,51	46.482.679,94
Total Venta de Servicios	27.258.534,86	34.143.745,14	32.842.201,06	38.546.284,32
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	124.552,2	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	18.680.293,51	22.132.743,78	22.923.337,05	25.492.749,9
.....Régimen Contributivo	4.785.327,27	7.359.371,72	5.950.085,65	7.222.484,74
Otras ventas de servicios	3.668.361,87	4.651.629,64	3.968.778,36	5.831.049,68
Aportes	4.965.425,97	1.800.367,04	1.872.307,62	1.993.202,57
Otros Ingresos	6.388.602,3	3.309.325,7	7.388.945,83	5.943.193,05
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.011.625,4	9.694.426,18	4.686.848,3	5.425.663,92
Ingreso Total Reconocido	46.624.188,53	48.947.864,06	46.790.302,8	51.908.343,86

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

Los ingresos reconocidos, sin cuentas por cobrar, muestran incremento en las cuatro vigencias analizadas, a expensas, principalmente, de venta de servicios (subsidiado, contributivo y otras ventas de servicios). Ese incremento, entre 2020 y 2023 llega, en algunos casos hasta cerca del 40% y parece corresponder a lo facturado y radicado por la entidad prestadora de servicios de salud.

Tabla N.º 18: Ingresos recaudados (miles de pesos constantes de 2023)

Variable	2020	2021	2022	2023
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	26.880.772,32	27.688.587,05	32.938.423,17	36.336.947,5
Total Venta de Servicios	15.845.890,79	22.997.098,75	23.796.005,53	28.482.634,1
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	305,86	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	13.645.035,73	16.289.566,25	18.198.372,85	20.529.843,05
.....Régimen Contributivo	934.691,08	4.426.680,17	3.470.542,64	4.664.711,16
Otras ventas de servicios	1.265.858,11	2.280.852,33	2.127.090,04	3.288.079,89
Aportes	4.965.425,97	1.800.367,04	1.872.307,62	1.993.202,57
Otros Ingresos	6.069.455,56	2.891.121,26	7.270.110,01	5.861.110,83
Cuentas por cobrar Otras vigencias	8.011.625,4	9.694.426,18	4.686.848,3	5.425.663,92
Ingreso Total Recaudado	34.892.397,73	37.383.013,23	37.625.271,47	41.762.611,43

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

Respecto de los ingresos recaudados, en 2020 ingresaba por venta de servicios de salud el 74,79% y lo observado en 2023 es del 78,25%, lo cual habla de un avance, lento pero positivo en la gestión adelantada por la Gerencia para garantizar el ingreso de los recursos que permitan el normal funcionamiento de la entidad.

El 72,1% del recaudo por venta de servicios se origina en régimen subsidiado, seguido por el 16,37% del contributivo. Las otras ventas de servicio representan el 11,54%, Los otros ingresos donde seguramente se identifican las transferencias para los equipos básicos de salud, representan el 16,1% del recaudo total.

Importante registrar que el monto total de las cuentas por cobrar registrado entre 2020 y 2023 fueron objeto de recaudo por parte de la institución prestadora de servicios de salud. El ingreso total recaudado en la operación corriente es inferior al gasto comprometido lo que permite evidenciar en resultado positivo para el indicador N°9 de la Resolución 408 de 2018.

Tabla N.º 19: Recaudos/reconocimientos

Variable	2020	2021	2022	2023
% de Recaudos / Reconocimientos	69,62	70,54	78,23	78,17
Total Venta de Servicios	58,13	67,35	72,46	73,89
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,25			
.....Régimen Subsidiado	73,05	73,6	79,39	80,53
.....Régimen Contributivo	19,53	60,15	58,33	64,59
Otras ventas de servicios	34,51	49,03	53,6	56,39
Aportes	100	100	100	100
Otros Ingresos	95	87,36	98,39	98,62
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

El recaudo, frente al reconocimiento, en números relativos registra una tendencia positiva e incremental entre las distintas vigencias y, al interior de los distintos criterios o rubros observados esa tendencia se mantiene.

Tabla N.º 20: Equilibrio y eficiencia

Variable	2020	2021	2022	2023
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,39	1,57	1,47	1,52
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,04	1,2	1,19	1,22
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,15	1,26	1,33	1,36
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,8	0,89	1,04	1,07
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	18.217,74	14.663,14	14.248,54	16.746,57
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	20.023,52	13.416,79	13.764,14	14.337,59
Gasto de personal por UVR (\$)	12.094,11	9.234,49	9.256,91	9.198,33

Fuente: Ficha técnica del SIHO 2023

7.2.1.3.4. Sistema de Costos

Una de las debilidades más notorias y sentidas en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona está relacionada con la “ausencia” y por ende aplicación de un sistema de costeo que permita distribuir y calcular los costos de sus servicios asistenciales y administrativos, a través de actividades, elementos, productos y/o servicios asociados a la prestación del servicio de salud, situación que afecta de manera directa a la alta dirección en la toma de decisiones.

En el proceso contable de la entidad la distribución del costo se hace mediante prorratio, esto en las cuentas 6 – Costo de ventas y 7 – Costo de transformación, las cuales se encuentran desagregadas por servicios y servicios conexos, lo que amerita la implementación de un sistema bajo criterios técnicos para la distribución real y efectiva de dichos costos.

Sin embargo, la revisión al interior de la entidad ha permitido identificar que, se cuenta, desde hace varios años, con el sistema integrado de gestión hospitalaria - KubApp, que incluye en su proceso de gestión administrativa el módulo de costos, punto de partida para el desarrollo e implementación del sistema de costeo, dado que la entidad no deberá hacer inversión en sistema de información, ya que este módulo permite entre otros:

- Crear tablas maestras para tipos de distribución, tipos de agrupaciones, tipos de alimentaciones, tipos de componentes, tipos de conceptos, tipos de unidades, tipos de mantenimiento, entre otras.
- Manejo de costos ABC.
- Administración de los centros de costos y conceptos de costos.
- Administrar los servicios de mantenimientos y administrar el tiempo de utilización de los equipos.
- Administrar los costos de materiales, mano de obra, equipos y costos indirectos que incluyen las actividades de gestión por centro de costos y periodo.
- Administrar plantillas de costos.
- Importación de información y generación de reportes.

Una vez desarrolladas las actividades preliminares se deberá parametrizar información obtenida con módulo de costos y alimentar el mismo de manera permanente.

Si lo anterior no es posible, se hace necesario el diseño y puesta en marcha de una metodología de costeo que favorezca la gestión financiera de la entidad, para lo cual se deberán llevar a cabo las siguientes actividades, las cuales han sido definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud en la propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud:

- Determinación de unidades funcionales
- Clasificación de las unidades funcionales
- Estandarización de centros de costos
- Conceptos de costos
- Estructura de la asignación base de costos
- Estructura de la asignación base de gastos
- Costo final de la prestación del servicio

Con la implementación de un sistema de costeo para la ESE se pretende realizar una adecuada y técnica asignación económica asociada a los elementos del costo de la prestación del servicio de salud¹, que redunde en la preservación del equilibrio financiero, el cumplimiento de metas, obtención de información integral, mejora en la gestión de los recursos y sobre todo que contribuya de manera directa a la alta dirección en la toma de decisiones, especialmente las relacionadas con los procesos contractuales que deben surtirse con las EAPB.

7.2.1.3.5. Sistema de Auditoría

En la actualidad la entidad cuenta con outsourcing de facturación – auditoría de cuentas médicas, este último proceso se trabaja mediante preauditoría de cuentas antes de envío a radicación ante responsables de pago y se responde por la auditoría post radicación de facturación en tiempos de norma. También se viene manejando auditoría enfocada en los servicios de internación, de urgencias y de consulta externa, la cual se trabaja con auditor médico concurrente y equipo de calidad, básicamente enfocado en historias clínicas y revisión de trabajo de campo.

Además de lo anterior, se lleva a cabo una tercera auditoría que se ejecuta a los servicios de promoción y prevención primer nivel de atención en sede central y municipios, la cual está bajo direccionamiento de enfermera profesional con contratistas de apoyo en el proceso.

Siendo estas actividades de auditoría un mismo proceso para la entidad enfocado en la mejora en la prestación del servicio y el cumplimiento de metas y que a su vez redunde en el bienestar de los usuarios, no se encuentra integrado, es decir, están dispersos tanto en acción, como en seguimiento y documentación. Lo anterior se ve manifestado en que no se cuenta con criterios unificados respecto a las actividades a realizar, resultados obtenidos, acciones a emprender y seguimientos al cumplimiento de compromisos.

Se identifica una oportunidad de mejora en la unificación de procesos de auditoría, con una sola coordinación de los distintos componentes, haciendo de este un proceso transversal en la misionalidad y la gestión financiera de la entidad.

7.2.1.3.6. Gestión Documental

En la entidad se han dado avances significativos en cuanto a la formulación de una serie de documentos relacionados con lineamientos y planeación de la función archivística, sentando algunas bases para su correcto y adecuado funcionamiento, no obstante, aún prevalecen debilidades relacionadas con aspectos de conservación y preservación de documentos e infraestructura física y tecnológica, acorde con lineamientos del Archivo General de la Nación, en especial lo señalados en el acuerdo 01 de 2024. Aspectos que deberán ser objeto de intervención en pro de lograr una adecuada función archivística en la entidad, fundamentada está en criterios técnicos.

Para obtener un debido proceso de gestión documental en la entidad, se deben abordar aspectos que den cuenta de un proceso macro que desarrolle los componentes y sean estos diferenciados, estando los mismos direccionados hacia el cumplimiento de lineamientos relacionados con la planeación, producción, gestión y trámite, organización,

¹ Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud, pág. 4.

transferencias, disposición y preservación de los documentos, sean estos en formato físico o soporte electrónico. Para el efecto se hace necesario abordar directrices encaminadas a:

- Creación y diseño de documentos.
- Criterios y controles para el seguimiento de la gestión y trámite de los documentos que se producen o ingresan a la entidad.
- Conformación de expedientes electrónicos.
- Conformación de expediente híbridos.

Actualizar programa de Gestión Documental que incluya entre otros aspectos relacionados con:

- Transferencias documentales.
- Conservación y preservación de documentos.
- Disposición final de los documentos.

A la par con las directrices de la gestión documental se deberá abordar aspecto de vital importancia y en los cuales la entidad presenta notoria debilidad, por ejemplo, las condiciones generales que deben cumplir las instalaciones que contengan documentos y archivos, ya que los espacios previstos por la entidad para la disposición de documentos de archivo no cumplen los requisitos técnicos.

Por tanto, se deben abordar acciones que permitan la gestión de recursos de inversión en infraestructura física de áreas para la custodia, almacenamiento y conservación de documentos de archivo en cualquier soporte, medio o formato, asegurando que se cumpla con condiciones físicas relacionadas con ubicación, aspectos estructurales, capacidad de almacenamiento, estantería, distribución, redes de servicios, adecuaciones locativas, entre otros.

Otro aspecto a tener en cuenta es el relacionado con el personal que apoyará el proceso a realizar, el cual para ser vinculado deberá acreditar el perfil y competencias necesarias para el desarrollo de los procesos técnicos que se requieren en marco de la gestión documental, es decir se cumpla con los parámetros señalados en la ley 1409 de 2010, un profesional en archivística.

7.2.1.3.7. Procesos Judiciales

Con base en el reporte enviado por el doctor Armando Quintero, asesor jurídico al frente de los procesos que cursan en contra de la entidad, con corte a 31 de diciembre de 2023 la situación existente es:

Existen 36 procesos judiciales en contra de la entidad, que presentan la siguiente discriminación por tipo de proceso.

Tabla N.º 21: Relación de procesos judiciales que adelanta la ESE Hospital San Juan de Dios, según tipo de proceso

TIPO DE PROCESO	CANTIDAD	%
CONTROVERSIAS CONTRACTUAL	1	2,78
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DERECHO	3	8,33
NULIDAD SIMPLE	2	5,55
REPARACIÓN DIRECTA	30	83,33
TOTAL	36	99,99

Fuente: Reporte de Asesoría Jurídica

Conforme a lo observado, más del 80% de los procesos corresponden a reparación directa originada en situaciones relacionadas con la prestación de servicios. No se conoce si la entidad dispone de un mecanismo (¿póliza de responsabilidad civil?) que le permita compensar, de alguna forma, la afectación económica que podría generarse ante la posibilidad de un fallo en contra de la empresa social del estado.

En cuanto a evaluación de riesgo, la distribución es la siguiente:

La valuación realizada a las demandas que se ha considerado como de mediano y alto riesgo de pérdida por parte de la entidad representan una suma aproximada a los \$3.875 millones de pesos que, para una entidad que acaba de finalizar su participación en un programa de saneamiento fiscal y financiero puede generar una afectación alta, toda vez que, si bien está generando resultados positivos, su posición de solidez financiera todavía está en construcción. Se requiere un seguimiento cercano a estos procesos de tal manera que se le brinde la mejor atención a los mismos.

Tabla N.º 22: Relación de procesos judiciales que adelanta la ESE Hospital San Juan de Dios, según evaluación del riesgo

EVALUACIÓN DEL RIESGO.	CANTIDAD	%
BAJO	24	67%
MEDIO	3	8%
ALTO	9	25%
TOTAL	36	100

Fuente: Reporte de Asesoría Jurídica

7.2.1.4. Gestión Clínica y asistencial

Los indicadores que a continuación se presentan requieren especial atención pues son la razón de ser de la empresa social del estado y, aun cuando no son los únicos, se consideran trazadores para los resultados institucionales y representan, en conjunto, el 40% de la calificación total de la gestión del Gerente de la ESE.

Tabla N.º 23: Evaluación de la aplicación guía de manejo en hemorragias del III trimestre de gestación o trastornos hipertensivos del embarazo.
IND. 12 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
1	1	1	1	1

Fuente: Comité Historias Clínicas

Conforme lo registran los informes que ha venido reportando el médico auditor, la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona da aplicación estricta a la guía de manejo adoptada por la entidad mediante acto administrativo para la atención de casos de hemorragias del tercer trimestre de gestación o trastornos hipertensivos del embarazo. En el informe se observa que, a lo largo de las vigencias no se han detectado hemorragias del tercer trimestre. Es decir, todos los casos atendidos corresponden a trastornos hipertensivos del embarazo.

Tabla N.º 24: Evaluación de la aplicación guía de manejo en la primera causa de egreso hospitalario
IND. 13 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
0,97	1	1	1	1

Fuente: Comité Historias Clínicas

En las cinco vigencias de que trata el presente documento la primera causa de egreso ha variado. En algún año correspondió a infecciones del tracto urinario, en otra, a casos de Covid 19, otro se relacionó con casos de apendicitis. Es decir, no hay una causa de egreso que prevalezca, sino que “se rotan” a lo largo de los años de observación.

En lo atinente a lo requerido en el indicador N° 13, la empresa social del estado ha adoptado los guías y protocolos de manejo para las patologías que regularmente ocupan los primeros lugares de egreso hospitalario o por consulta externa. Además, verifica la adherencia de los profesionales tratantes a esas guías y protocolos. Por otra parte, el médico auditor, Doctor Iván Zabaleta Hernández lleva a cabo, en cada vigencia, acciones de capacitación para los distintos profesionales con que cuenta la entidad.

Tabla N.º 25: Evaluación de la oportunidad en la realización de apendicectomía
IND. 14 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
0,97	1	1	1	1

Fuente: Informe de la Subgerencia Científica de la ESE

La entidad presta especial atención al cumplimiento de este indicador de tal manera que todo caso de apendicitis diagnosticado sea intervenido quirúrgicamente dentro de las seis horas posteriores al diagnóstico o referido a una institución hospitalaria de mayor complejidad, si así se requiere. Lo anterior no solo en aras de prestar un servicio oportuno y de calidad sino también de evitarse posibles demandas que puedan poner en riesgo el arduo trabajo adelantado para lograr la recuperación financiera y administrativa de la ESE.

Tabla N.º 26: Pacientes pediátricos con bronconeumonía aspirativa de origen intrahospitalario.
IND. 15 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
0	0	0	0	0

Fuente: Comité de Historias Clínicas

No existe evidencia alguna de presencia de casos de bronconeumonía de origen intrahospitalario en menores de 10 años en la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona, no solo en los últimos cinco años sino también desde que se lleva a cabo el seguimiento de este indicador. Este es un indicador de eventos adversos que muestra resultados positivos.

Tabla N.º 27: Promedio días de espera para la asignación de cita consulta pediatría
IND. 16 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
1	1	1	1	1

Fuente: Comité de Historias Clínicas

El registro que se tiene respecto del indicador N° 16 muestra que, en la totalidad de los casos de infarto agudo de miocardio diagnosticados en la empresa social del estado se dio inicio al tratamiento dentro de la primera hora posterior al diagnóstico. Lo anterior evidencia el grado de cumplimiento o adherencia a la guía de manejo adoptada por la ESE

Tabla N.º 28: Mortalidad intrahospitalaria superior a 48 horas analizada en COVE
IND. 17 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
1	1	1	1	1

Fuente: Comité de Mortalidad - Subgerencia Científica ESE HSJDD

El seguimiento que se realiza sobre los casos de mortalidad intrahospitalaria superior a 48 horas, conforme lo requiere el indicador N° 17, permite observar que: los fallecimientos registrados con estas condiciones corresponden, en la totalidad de los casos a personas de edad avanzada, con patologías crónicas de larga data y alto nivel de deterioro en cuanto a salud se refiere.

El 100% de estos fallecimientos fueron objeto de análisis en el Comité de Mortalidad de la ESE y el mismo se puede evidenciar en las actas existentes.

Tabla N.º 29: Promedio días de espera para la asignación de cita consulta pediatría
IND. 18 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
3,24	2,6	2,2	2,86	3,65

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

El registro de la ficha técnica del Ministerio de Salud y la Protección Social permite observar que entre 2019 y 2022 la ESE Hospital San Juan de Dios – Pamplona ha dado cumplimiento al estándar establecido en la norma, inclusive con cifras por debajo del mismo. La ESE monitorea trimestralmente los resultados y con base en el mismo implementa acciones correctivas cuando se muestran desviaciones respecto de lo esperado.

Tabla N.º 30: Promedio días de espera para la asignación de cita consulta obstetricia IND. 19 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
3,63	1,3	3,3	3,22	4,04

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

De manera similar al indicador anterior, el comportamiento del indicador N°19 de la Resolución 408 de 2018 muestra resultados positivos con rango promedio de entre 3 y 4 días de espera para la asignación de cita en obstetricia. El resultado del año 2020 no es relevante en el sentido de que se ve afectado por la situación de pandemia lo cual contribuyó a una menor demanda y, derivada de ella, una asignación más rápida.

Tabla N.º 31: Promedio días de espera para la asignación de cita consulta Medicina Interna IND. 20 Resolución 408 DE 2018.

2019	2020	2021	2022	2023
2,46	2,2	2,5	3,06	4,4

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

La respuesta institucional en los días de espera promedio para la asignación de cita en medicina interna también es positiva respecto de lo planteado en el estándar (15 días).

Como se mencionó en párrafos anteriores, el monitoreo llevado a cabo de manera trimestral es importante para identificar e intervenir situaciones indeseadas cuando las mismas son diagnosticadas de manera temprana.

7.2.1.4.1. Otros indicadores Asistenciales

7.2.1.4.1.1 Producción de servicios

- a. Los egresos. Tienen un comportamiento similar en las últimas tres vigencias, girando alrededor de 4.000 al año, con una estancia promedio de entre 3,3 y 3,5 días que, para una mediana complejidad es razonable.
- b. El giro cama, con excepción de año 2020, donde pudo verse afectado por la pandemia, permite observar una rotación de entre 85 y 97 pacientes, cama año.
- c. Las consultas generales electivas se muestran en franco crecimiento.
- d. El total de cirugías realizadas, excluyendo partos y cesáreas muestra una tendencia al alza y eso es consistente con el porcentaje de pacientes atendidos por urgencias y remitidos que va en descenso. Es decir, se está resolviendo el problema en la misma ESE.

e. El número de partos va en descenso y, lo anterior guarda relación con el hecho de menos gestantes atendidas y menos controles de crecimiento y desarrollo realizados respecto a lo observado en 2021.

f. La producción en UVR tiende a estabilizarse en un rango de entre 2.3 y 2.4 millones al año.

Tabla N.º 32: Producción de servicios

Variable	2020	2021	2022	2023
Camas de hospitalización	55	50	50	50
Total de egresos	3.713	4.862	4.325	4.229
Porcentaje Ocupacional	69,93	89,63	78,93	79,42
Promedio Días Estancia	3,32	3,52	3,23	3,32
Giro Cama	67,51	97,24	86,5	84,58
Consultas Electivas	59.129	83.908	97.272	99.476
Consultas de medicina general urgentes realizadas	23.088	33.788	39.973	50.347
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	362	394	501	439
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	2.286	2.667	2.860	3.169
Numero de partos	943	836	710	642
% Partos por cesárea	44,86	45,69	43,8	44,55
Exámenes de laboratorio	178.801	251.489	238.706	248.521
Número de imágenes diagnósticas tomadas	12.110	19.962	19.759	22.324
Dosis de biológico aplicadas	36.275	142.455	75.991	39.160
Citologías cervicovaginales tomadas	2.605	4.023	4.332	4.287
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	5.550	6.234	5.400	5.517
Producción Equivalente UVR	1.496.263,56	2.328.542,58	2.304.951,72	2.301.741,90

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

7.2.1.4.1.2. Indicadores de Calidad

Tabla N.º 33: Calidad de atención (Indicadores Resolución 256 del año 2016)

Variable	2020	2021	2022	2023
% Pacientes atendidos por urgencias remitidos	9,429	8,172	6,539	6,344
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,06	0,035	0,039	0,045
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,269	0,293	0,223	0,04
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	1,185	1,502	2,237	2,527
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	1,725	3,23	3,341	4,067
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	2,578	2,534	3,07	4,18
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	1,726	14,133	14,211	13,929
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	0,974	0,969	0,971	0,971

Fuente: Ficha Técnica SIHO 2023

- a. La razón de pacientes remitidas para atención de partos / partos atendidos se mantiene estable. El resultado de 2020 puede ser producto de la afectación por pandemia.
- b. La proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias antes de 72 horas, por la misma causa disminuyó en el último año pero todavía es levemente superior al estándar del MSPS.
- c. El tiempo promedio de espera para asignación de cita para cirugía general está en 2,5 días que es inferior al estándar, pero requiere agenda abierta.
- d. El tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 es menor a 15 minutos, lo cual es positivo.
- e. La proporción de satisfacción global registra un 97% en los últimos cuatro años.

8. COMPROMISOS / LOGROS A ALCANZAR

Se presenta a continuación una propuesta de logros y compromisos a alcanzar sobre los cuales hará énfasis la Gerencia de la empresa social del estado. Los mismos poseen, en conjunto, la condición de integralidad de tal modo que de su articulación se deriven mejoramientos significativos en la prestación de más y mejores servicios de salud para la población de los municipios del área de influencia de la entidad.

Si bien, podrían ser más, el espacio de tiempo limitado a tres años y medio dado que en el primer trimestre 2028 el enfoque estará en la rendición de cuentas, el informe de gestión 2027 y las actividades relacionadas con el empalme no permite incluir todas las situaciones objeto de mejoramiento.

Tabla N.º 34: Compromisos y Logros a alcanzar por Dependencia

DEPENDENCIA	LOGRO A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES
Administrativa	Implementación de un sistema de costos al interior de la ESE HSJDD.	1. Definir si la ESE HSJDD dentro del software adquirido cuenta con uno específico de costos. 2. Si la respuesta es si, definir un cronograma de acciones para su implementación. 3. Implementar cronograma e ir monitoreando. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Administración	Estudio de factibilidad sobre proceso de formalización de empleo para los misionales	1. Realizar estudio situacional y de costos de implementación de la propuesta. 2. Hacer análisis de las implicaciones financieras para la ESE. 3. Presentar a la Junta, para su consideración propuesta de formalización laboral por fases.
Dirección y Prestación de Servicios	Fortalecer y promover los espacios de interlocución entre la ESE HSJDD y sus usuarios permitiendo que la administración desarrolle los procesos de transparencia,	1. Identificar qué estrategias pueden permitir una mayor participación ciudadana. 2. Planificar los espacios de intervención para, aplicando las estrategias seleccionadas, fortalecer los espacios de participación ciudadana. 3. Evaluar resultados e

DEPENDENCIA	LOGRO A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES
	mejoramiento de la gestión y construcción de la cultura pública.	implementar acciones correctivas cuando haya lugar.
Dirección	Gestión del proyecto de construcción de la IPS pública de mediana complejidad en Pamplona, de tal manera que, a mas tardar en 2025 se disponga de los planes aprobados por MSPS y, en ese mismo año se presente el proyecto de construcción para gestionar recursos del departamento y la nación.	1. Gestión para la aprobación de los planos por parte del MSPS. 2. Gestión para la consecución de los recursos que permita la iniciación de la obra.
Dirección	Gestión para la construcción de la IPS de Cucutilla.	1. Avanzar en el cumplimiento de requisitos que demanda el IDS. 2. Gestionar la elaboración de los planos. 3. Gestionar la aprobación de los planos del CS Cucutilla ante el MSPS.
Dirección y Prestación de Servicios	Renovación del parque automotor de transporte asistencial básico,	1. Elaborar el diagnóstico situacional del parque automotor de la ESE. 2. Elaborar proyecto de inversión para la renovación del parque automotor. 3. Gestionar el proyecto para la consecución de los recursos que permitan la adquisición de parque automotor asistencial tipo TAB y TAM
Dirección y Prestación de Servicios	Mejoramiento de la prestación del servicio, cumplimiento de condiciones de habilitación, cumplimiento del SGSST y mejoramiento de la seguridad del paciente	1. Identificar las necesidades de dotación de equipo biomédico requerido para cumplimiento de la norma. 2. Gestionar los recursos que permitan la adquisición del equipamiento médico requerido, con base en los estándares del SOGC.
Dirección y Prestación de Servicios.	Mejoramiento de la prestación del servicio, cumplimiento de condiciones de habilitación, cumplimiento del SGSST y mejoramiento de la seguridad del paciente	1. Identificar las necesidades de dotación de mobiliario para el fortalecimiento. 2. Gestionar los recursos que permitan la adquisición de Mobiliario requerido, con base en los estándares del SOGC.
Dirección	Gestión para la construcción de la IPS de Chitagá.	1. Avanzar en el cumplimiento de requisitos que demanda el IDS. 2. Contratar la elaboración de los planos y gestionar la aprobación del MSPS para ellos. 3. Contratar la construcción de la obra. 4. Realizar seguimiento a la construcción.

DEPENDENCIA	LOGRO A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES
Dirección	Gestión para la construcción de la IPS de Cácuta	1. Avanzar en el cumplimiento de requisitos que demanda el IDS. 2. Gestionar la aprobación de los planos ante el MSPS. 3. Analizar las opciones de contratar la construcción de la obra, si se cumple con los requisitos exigidos para ello
Dirección y Prestación de Servicios	Contratar la prestación de servicios con base en decisiones informadas y analizadas.	1. Establecer el grupo interdisciplinario mediante acto administrativo, incluyendo las actividades a realizar. 2. Establecer cronograma para análisis de las condiciones actuales de contratación y sugerencias a considerar por parte de la Gerencia. 3. Poner el grupo en funcionamiento y evaluar resultados.
Administrativa y Prestación de Servicios	Establecimiento de un componente de auditoría integral que permita monitorear los diversos aspectos de las unidades de negocio de la ESE(Consulta externa, hospitalización, otros servicios).	1. Establecer línea base. 2. identificar las estrategias para lograr la articulación. 3. Implementarlas y monitorearlas. 4. Evaluar resultados y hacer ajustes.
Dirección y Prestación de Servicios.	Aprovechar la existencia de convenios docencia-asistencia para el desarrollo de investigaciones en temas de interés para la ESE.	Aprovechar la existencia de convenios docencia-asistencia para el desarrollo de investigaciones en temas de interés para la ESE.
Dirección y Prestación de Servicios	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, con cumplimiento superior al 90%	1. Establecer línea base. 2. Identificar acciones de mejoramiento y priorizar. 3. Ejecutar las priorizadas. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Administrativa.	Mantener en costo promedio de la UVR producida, en pesos constantes.	1. Identificar factores que están incidiendo en el incremento del costo. 2. Definir estrategias de intervención. 3. Implementar estrategias y monitorear. 4. Evaluar resultados.
Dirección, Administrativa y Prestación de Servicios	Reporte oportuno y suficiente de la información correspondiente al Decreto 2193 y la Circular Única de la SNS	1. Identificar archivos a reportar, fechas y responsables. 2. Establecer sistema de alarmas para el reporte oportuno. 3. Monitorear el reporte por parte de las Subgerencias. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Administrativa	Crecimiento de los indicadores de liquidez, solvencia y rentabilidad	1. Establecer línea base. 2. Analizar e identificar espacios de crecimiento. 3. Implementar monitoreo a los indicadores. 4. Evaluar resultados.

DEPENDENCIA	LOGRO A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES
Dirección y Administrativa	Mantener el equilibrio con recaudo.	1. Hacer gestión para el recaudo. 2. Comprometer gastos solo con base en recaudo. 3. Monitorear el indicador. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Prestación de Servicios	Adquisición de un porcentaje no menor al 30% de medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos establecidos en la Resolución 408 de 2018.	Identificar cooperativas de ESE y conocer condiciones de suministro. 2. Definir la cooperativa con la que se va a trabajar. 3. Realizar las adquisiciones. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Prestación de Servicios	Mantener la oportunidad para la asignación de cita de medicina especializada por debajo de los estándares de la Resolución 408 de 2018	1. Establecer línea base. 2. Definir e implementar estrategias para lograr el resultado esperado. 3. Monitorear. 4. Evaluar resultados.
Administrativa y Prestación de Servicios	Reducir las glosas por P y P y reducir las devoluciones.	1. Establecer línea base. 2. Plantear metas anuales. 3. Implementar estrategias para alcanzar las metas. 4. Monitorear y ajustar. 5. Evaluar resultados.
Administrativa y Prestación de Servicios	Reducir las pérdidas por mala praxis.	1. Establecer un sistema de inducción para todo personal que ingrese a trabajar en la entidad. 2. Establecer programa de capacitación a personal asistencial sobre adherencia a guías y protocolos de manejo. 3. Mejorar sistema de defensa jurídica. 4. Monitorear resultados y ajustar. 5. Evaluar resultados.
Administrativa	Mejorar los tiempos de rotación de cartera.	1. Identificar situaciones que están incidiendo en el deterioro del indicador. 3. Definir e implementar estrategias de mejoramiento. 3. Monitorear. 4. Evaluar resultados.
Dirección y Administrativa	Categorización del riesgo fiscal y financiero de la ESE como SIN RIESGO.	1. Identificar los factores que pueden llevar la ESE a ser categorizada en riesgo. 2. Monitorearlos e implementar ajustes si se detecta afectación. 3. Evaluar resultados.
Dirección, Administrativa y Prestación de Servicios	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional con resultados superiores al 90%	1. Realizar una planificación que implique retos, pero realista. 2. Socializar el PD para que las distintas dependencias conozcan cuales son sus responsabilidades. 3. Implementar y monitorear las tareas para alcanzar las metas. 4. Evaluar resultados.

Fuente: Elaboración propia

9. METAS ANUALES

La presente propuesta de metas se elabora bajo las siguientes premisas:

1. La Gerencia de la ESE San Juan de Dios – Pamplona propone, para el cuatrienio comprendido entre 2024 y 2027 unas metas razonables, pues si bien es importante tratar de mantener los resultados positivos e inclusive mejorarlos, no debe perderse de vista el entorno actual de incertidumbre del SGSSS que no se sabe, a ciencia cierta, en qué terminará.
2. Si bien la ESE HSJDD – Pamplona ha terminado su participación en el PSFF, todavía está construyendo una plataforma financiera que le permita un grado de sostenibilidad y su equilibrio actual es frágil.
3. El equipo técnico de la ESE San Juan de Dios una vez realizado el análisis situacional (interno y externo) identifica la necesidad de proponer metas razonables para algunos indicadores donde, para crecer, se requiere importante inversión de la cual no dispondrá la entidad en este cuatrienio. Así las cosas, se ha considerado ser prudentes en la propuesta de crecimiento de los indicadores N° 1, 5 y 6 y, trabajar con el estándar de la Resolución 408 de 2018 para los otros diez y siete.
4. El logro de los resultados propuestos en los indicadores está supeditado a:
 - a. Mantener o mejorar los niveles de producción alcanzados en 2023.
 - b. Mantener o mejorar los niveles de recaudo observados en 2023.
 - c. Mejorar los índices de rotación de cartera.
 - d. Realizar compromisos con base en recaudo.
 - e. Reducir las pérdidas por mala praxis.
 - f. Mantener un efectivo monitoreo jurídico sobre los procesos judiciales en contra de la ESE.
 - g. Disponer de un sistema de auditoría integral y eficaz y efectivo.

La no atención de alguno de estos parámetros podría afectar de manera importantes los logros que se espera alcanzar. Por ello, la necesidad de monitorear trimestralmente el avance en cada uno de ellos, al igual que las metas que se incorporen en el Plan de Desarrollo y, evaluar los resultados obtenidos al final de cada vigencia, incorporando ajustes en la medida en que se detecten desviaciones respecto de lo planificado.

Tabla N.º 35: Metas anuales del Área de Dirección y Gerencia

1. Área de Gestión	Indicador	Estándar	Línea Base (2023)	2024	2025	2026	2027
Dirección y Gerencia	1. Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas, con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥ 1.2	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
	2. Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	$\geq 0,90$	1	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
	3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	$\geq 0,90$	0,95	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$

Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 36: Metas anuales del Área Financiera y Administrativa

1. Área de Gestión	Indicador	Estándar	Línea Base (2023)	2024	2025	2026	2027
Financiera y Administrativa	4. Riesgo fiscal y financiero.	Sin Riesgo	PSFF Cumplido	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
	5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida.	$< 0,90$	1,04	1,02	1	1	0,95
	6. Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas y/o de mecanismos electrónicos.	≥ 70	0	30	30	30	30
	7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0	0	0	0	0	0

1. Área de Gestión	Indicador	Estándar	Línea Base (2023)	2024	2025	2026	2027
	8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	4	4	4	4	4	4
	9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥1,00	1,2	1	1	1	1
	10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la SNS o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno	No cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
	11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple

Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 37: Metas anuales del Área Gestión Clínica

Área de Gestión	Indicador	Estándar	Línea Base (2019)	2020	2021	2022	2023
Gestión Clínica	12. Evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos.	≥80	1	0,9	0,0,90	0,90	0,90
	13. Evaluación de la aplicación de la guía de manejo para la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida.	≥80	1	0,93	0,93	0,94	0,94
	14. Oportunidad en la atención de apendicectomía.	≥90	1	0,95	0,95	0,96	0,96
	15. Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual.	0	0	0	0	0	0

Área de Gestión	Indicador	Estándar	Línea Base (2019)	2020	2021	2022	2023
	16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de ingreso de infarto agudo de miocardio.	≥ 90	1	0,95	0,95	0,95	0,95
	17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria superior a 48 horas.	≥ 90	1	0,95	0,95	0,95	0,95
	18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en consulta de pediatría.	≤ 5	3,65	4,5	4,5	4,5	4,5
	19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en consulta de obstetricia.	≤ 8	4	6	6	6	6
	20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en consulta de medicina interna.	≤ 15	4,4	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia

Agradeciendo su atención y en espera de sus valiosos comentario y observaciones,

LUIS DANIEL VERJEL SÁNCHEZ
Gerente.