

# PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL



2024-2027

Julián Andrés Correa Trujillo  
Gerente



# 1 PRESENTACIÓN

El Plan de Gestión Gerencial del Hospital Departamental San Rafael E.S.E. para el período 2024-2027 se erige como un compromiso firme hacia la viabilidad administrativa y financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. En consonancia con los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, nuestro enfoque se centra en los ejes estratégicos de Accesibilidad, Eficiencia y Calidad. Dividido en tres áreas de gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera, y Clínica Asistencial, nuestro plan se propone liderar con visión estratégica, administrar de forma eficiente los recursos y proporcionar servicios médicos de alta calidad.

La implementación de indicadores de desempeño gerencial, en concordancia con la normativa vigente como la Resolución 710 de marzo de 2012, la Resolución 0743 de marzo de 2013 y la Resolución 408 de febrero de 2018, constituye un pilar fundamental de este plan. Estos indicadores servirán como herramientas de evaluación continua, permitiendo monitorear el cumplimiento de objetivos y detectar áreas de mejora en la gestión. Así, garantizamos una toma de decisiones informada y orientada hacia la excelencia en la prestación de servicios de salud.

En última instancia, nuestro compromiso es consolidar y mejorar la posición del Hospital Departamental San Rafael E.S.E. como referente en la atención médica, proporcionando servicios accesibles, seguros y de alta calidad a nuestra comunidad. A través de una gestión transparente, eficiente y enfocada en la mejora continua, aspiramos a superar los desafíos del entorno y alcanzar nuevos estándares de excelencia en la atención en salud.

JULIÁN ANDRÉS CORREA TRUJILLO  
GERENTE 2024-2027



## Contenido

1	PRESENTACIÓN .....	1
2	INTRODUCCIÓN.....	2
3	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL .....	3
4	PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	4
4.1	ORGANIGRAMA .....	4
4.2	MAPA DE PROCESOS .....	5
4.3	MISIÓN Y VISIÓN .....	5
4.4	CÓDIGO DE INTEGRIDAD .....	6
4.5	VALORES INSTITUCIONALES.....	6
4.6	PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	7
5	MARCO LEGAL.....	9
6	LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS.....	10
7	DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN.....	11
7.1	FASE DE PREPARACIÓN.....	11
7.2	FASE DE FORMULACIÓN.....	12
7.3	FASE DE APROBACIÓN .....	43
7.4	FASE DE EJECUCIÓN .....	43
7.5	FASE DE EVALUACIÓN .....	44



## 2 INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal ESE para el período 2024-2027 representa una hoja de ruta integral que guiará nuestras acciones con el fin de alcanzar los objetivos estratégicos delineados por la Gerencia. Este plan surge como una continuación del esfuerzo previo plasmado en el período 2020-2023, y se plantea como una herramienta esencial para el control, la gestión y el éxito continuo de nuestra institución.

Conformado bajo los preceptos de la normatividad vigente y en consonancia con los principios de viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la atención en salud, este plan es una expresión de nuestro compromiso con la excelencia en la prestación de servicios de salud a nuestra comunidad.

Bajo el liderazgo del gerente Julián Andrés Correa Trujillo y su equipo multidisciplinario, nos proponemos no solo mantener, sino mejorar y ampliar los estándares de atención que nos hemos comprometido a ofrecer. Con un enfoque proactivo y orientado a resultados, trabajaremos incansablemente para optimizar nuestros recursos, promover la innovación y garantizar la satisfacción y bienestar de nuestros pacientes.



### 3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

El Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E. es una Empresa Social del Estado que opera como una entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa según lo establecido en la Ordenanza 076 del 30 de septiembre de 1996. Su misión es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad zarzaleña y los municipios circunvecinos, ofreciendo servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad.

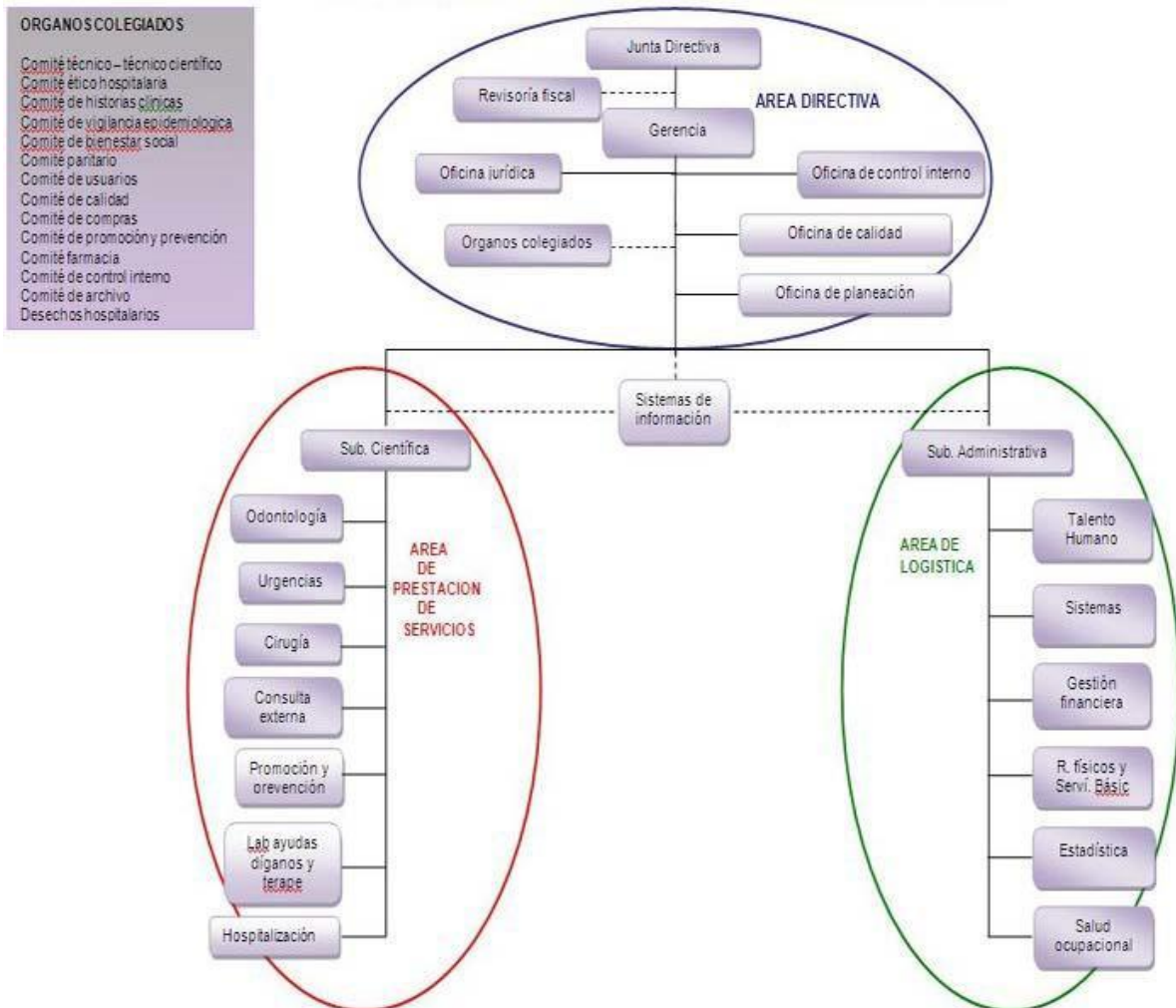
Como parte de la red pública hospitalaria en la zona norte del departamento, el hospital brinda una amplia gama de servicios que incluyen hospitalización, consulta externa, servicios quirúrgicos, urgencias, transporte asistencial, apoyo diagnóstico, programas de detección temprana, consulta médica especializada, imagenología (rayos X y ecografías), entre otros servicios de baja y mediana complejidad.

La institución se rige por los principios de equidad, justicia y universalidad, manteniendo un enfoque ético y humanizado en todas las interacciones con la comunidad y otras entidades relacionadas. Los servicios prestados se facturan de acuerdo con el Manual de Tarifas aprobado por la Junta Directiva de la Empresa y los contratos o convenios establecidos. Los recursos se administran con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, orientados hacia el mejoramiento continuo de la capacidad resolutive del hospital y la expansión de la cobertura de servicios, optimizando los recursos para el crecimiento institucional.



## 4 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### 4.1 ORGANIGRAMA

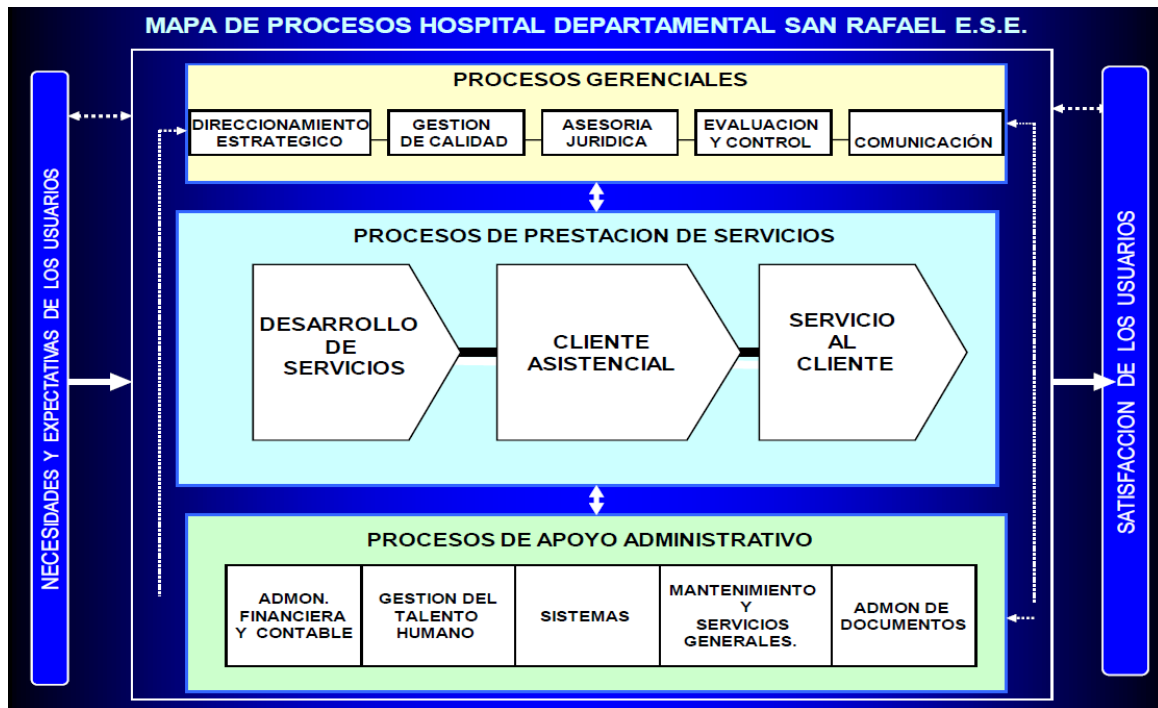


Fuente: <http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co>





## 4.2 MAPA DE PROCESOS



Fuente: <http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co>

## 4.3 MISIÓN Y VISIÓN

### 4.3.1 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado que garantiza la prestación de servicios de salud y medicina de baja y mediana complejidad de atención a la comunidad zarzaleña, así como su área de influencia y municipios circunvecinos, la cual promueve la práctica de hábitos saludables y desarrolla procesos de recuperación de la salud, contribuyendo al bienestar y desarrollo de nuestra comunidad. Contamos con una infraestructura humana y tecnología adecuada para satisfacer las necesidades de nuestra población, con el compromiso de ser cada día más eficientes, eficaces y efectivos.

### 4.3.2 VISIÓN

En el 2028, seremos una entidad de referencia social e institucional, reconocida por su modelo de atención integral, humano y seguro, responsable social y ambientalmente, que satisface las necesidades de la población de Zarzal y su área de influencia, además sostenible financieramente, apoyado por colaboradores con alto sentido humano, comprometidos, competentes y con vocación de servicio, contando con equipos tecnológicos de avanzada.



#### 4.4 CÓDIGO DE INTEGRIDAD

En el año 2014 se diseñó y aprobó el código ético del Hospital Departamental San Rafael del Zarzal Valle. Los valores institucionales que se presentan obedecen al documento aprobado para esa vigencia, con los cambios presentados en la gestión pública se hace necesario implementar el código de integridad, documento reconocido a nivel nacional de manera homogénea para las diferentes instituciones del sector público y que responde y afecta el clima laboral y la cultura organizacional de la misma.

Establecer comportamientos éticos en la conducta y las relaciones de todo el personal al servicio de la E.S.E Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, asegurando la más eficiente prestación de los servicios de salud en óptimas condiciones de calidad. Estructurando, precisando y compilado los principios éticos, valores, normas y directrices empresariales que orienten todas las actuaciones de la entidad.

#### 4.5 VALORES INSTITUCIONALES

Los valores corporativos de la Empresa Social del Estado, son el producto de una construcción y priorización conjunta entre los funcionarios, quienes los promueven, desarrollan y sustentan. Dichos valores son.

**Compromiso:** Cada persona de la ESE es consciente de la importancia de su aporte diario, entregando lo mejor de sí en cada actividad desarrollada, para el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de las personas que conforman la comunidad objeto y para el mejoramiento continuo de la empresa.

**Honestidad:** Cada persona de la ESE sustenta una gestión transparente en cada una de sus actuaciones, racionalizando la utilización de los recursos y empleándolos únicamente para el logro de los objetivos y fines institucionales

**Flexibilidad:** Propicia la adaptación rápida a los cambios, siendo conscientes de su adaptación.

**Lealtad:** Sentimiento de apego, fidelidad, prudencia y aceptación de los vínculos implícitos que caracteriza a las personas de la ESE respecto de las ideas con la cuales se identifican o no; por ello cada uno posee un alto sentido de pertenencia, lo cual permite el cumplimiento de sus labores diarias.

**Respeto:** Es el reconocimiento de la legitimidad del otro, siendo una comunidad hospitalaria que reconoce los derechos, su condición y circunstancias de los compañeros, comunidad y grupos de interés

**Responsabilidad:** Las personas de la ESE buscan cumplir con sus compromisos adquiridos, los cuales realizan con seriedad, dedicación y cuidado, porque saben que las cosas deben hacerse bien de principio a fin, por autocontrol y para darles valor agregado. Las personas toman y acepta decisiones y asumen las consecuencias de ellas, buscando el bien común y procurando que otras personas hagan lo mismo.





**Solidaridad:** El equipo Humano de la ESE se une y colabora para conseguir un fin común, la “satisfacción de nuestros Clientes”, que redundará en la satisfacción propia y de cada uno de sus integrantes.

**Tolerancia:** Siendo este un valor de proyección social es un determinante para la consecución de una convivencia armónica y pacífica, en donde aceptamos al otro con sus diferencias, respetando sus derechos y los nuestros, lo que facilita la integración y el buen ambiente para el desempeño laboral.

#### 4.6 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

GRUPO SERVICIO	SERVICIO	HORARIO
<b>ATENCIÓN INMEDIATA</b>	Atención del parto	7 días / 24 horas
	Urgencias y sala	7 días / 24 horas
	Transporte asistencial básico	7 días / 24 horas
	Transporte asistencial medicalizado	7 días / 24 horas
<b>INTERNACIÓN</b>	Hospitalización Adultos y Ginecobstetricia	7 días / 24 horas
	Hospitalización pediátrica	7 días / 24 horas
<b>QUIRÚRGICOS</b>	Anestesia	7 días / 24 horas
	Cirugía general	7 días / 24 horas
	Cirugía ginecológica	7 días / 24 horas
	Otorrinolaringología	Jueves cada 15 días, desde las 7 am hasta terminar procedimientos
	Cirugía ortopédica	7 días / 24 horas
	Colonoscopia	Los sábados Según demanda
	Endoscopia	Los sábados Según demanda
	CPRE	Los sábados según demanda
	Cirugía de Urología	Según demanda
	Cirugía Pediátrica	Según demanda
	Dermatología	Según demanda
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Anestesia	Lunes a Domingo 7:00am - 9:00pm
	Cirugía general	Lunes a domingo 1:00pm - 5:00pm
	Enfermería	Lunes a Jueves 7:00am 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm 4:00pm
	Ginecobstetricia	Lunes a Domingo 7:00am - 12:00pm
	Medicina general	Lunes a Jueves 7:00am 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Medicina interna	Lunes a domingo 10:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Los primeros 15 días de cada mes
	Neurología	Según demanda
	Nutrición y dietética	Lunes, martes, miércoles y jueves de 7:00am - 12:00 / 1:00pm - 5:00pm
	Psiquiatría	Viernes de 8:00am a 5:00pm en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización



	Cardiología	Según demanda
	Otorrinolaringología	Jueves cada 15 días desde las 10 am hasta terminar agenda.
<b>GRUPO SERVICIO</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>HORARIO</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Odontología general y PYM	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00 pm - 5:00pm Viernes 7:00 am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Ortopedia y traumatología	Lunes a domingo 1:00pm - 4:00pm
	Pediatría	Lunes a Domingo 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm
	Psicología	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Trabajo Social	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Vacunación PAI regular y COVID-19	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Urología	Lunes desde las 8:00am hasta terminar pacientes agendados
	Cirugías y procedimientos urológicos	Según demanda y se programan los lunes
	Consulta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, en todos los cursos de vida.	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Ruta Cardiovascular	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Ruta Materno perinatal	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
		Cirugía Pediátrica
	Dermatología	Según demanda
<b>GRUPO SERVICIO</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>HORARIO</b>
<b>APOYO DIAGNÓSTICO Y</b>	Laboratorio clínico Toma de muestras ambulatorias	7 días / 24 horas 6:30am a 9:00am
	Servicio farmacéutico	7 días / 24 horas
	Laboratorio citologías cervico-uterinas, colposcopia y biopsia.	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm



<b>COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</b>	Biopsia de tejido anatomopatológicas	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Terapia respiratoria	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Fisioterapia	Lunes a Jueves 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 5:00pm Viernes 7:00am - 12:00pm / 1:00pm - 4:00pm
	Imágenes diagnósticas rayos x	Lunes a Domingo 7:00am - 10:00pm
	Ecografía general	Lunes, Miércoles y Viernes de 7:00 am a 1:00pm (Disponibilidad para urgencias y Hospitalización)
	Ecografías Ginecobstetricias	Jueves de 7:00am a 1:00pm
	Gestión pre transfusional	7 días / 24 horas
	Cardiología	Según demanda
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas (Colposcopia)	Viernes 7:00am - 1:00pm

## 5 MARCO LEGAL

El proceso de elaboración del Plan de Gestión del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E. se fundamenta en el marco legal establecido por la Constitución Política de Colombia y diversas leyes y resoluciones que regulan el sector de la salud y la gestión pública.

El Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando el acceso y la protección de este. Asimismo, el Artículo 344 de la Constitución señala que los organismos departamentales de planeación deben realizar la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.

En cumplimiento de estos mandatos constitucionales, se han promulgado leyes y resoluciones que son relevantes para la formulación del Plan de Gestión:

- La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.
- La Ley 152 de 1994 establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo, fijando los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- La Ley 1438 de 2011 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo disposiciones relacionadas con la elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales.
- Las resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 establecen las condiciones, metodologías y procedimientos para la elaboración, presentación, evaluación y

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

[www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](http://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co)

[gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](mailto:gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co) – [siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co](mailto:siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co)

modificación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, incluyendo el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal E.S.E.



## 6 LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 del 2018, emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, establecen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento define los compromisos, metas y actividades a alcanzar durante el periodo de evaluación, con el propósito de medir periódicamente (anualmente) los resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud, distribuidos en tres áreas:

- Dirección y Gerencia (20%)
- Gestión Financiera y Administrativa (40%)
- Gestión Clínica y Asistencial (40%)

El plan de gestión se desarrolla a través de cinco fases interrelacionadas: preparación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación. En la fase de preparación se identifican las fuentes de información y se establece la línea de base. La formulación implica el diseño detallado del plan, incluyendo metas, estrategias y acciones. La aprobación se lleva a cabo ante la Junta Directiva, seguida por la ejecución que implica la implementación y seguimiento del plan. Finalmente, la fase de evaluación permite medir los resultados, ajustar estrategias y garantizar la mejora continua en la gestión hospitalaria.

La formulación del Plan por cada área de Gestión incluye la identificación del indicador, seguido de un diagnóstico o situación actual, la fórmula utilizada, las actividades propuestas, la línea base, la meta y observaciones pertinentes.

Para todos los indicadores contemplados en el presente Plan de Gestión, las evidencias de la línea base consignada estarán disponibles en la fuente de información reportada en las fichas respectivas. Este enfoque organizado y metódico garantiza la mejora continua en la gestión y la efectividad en la prestación de servicios de salud.



## 7 DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN

### 7.1 FASE DE PREPARACIÓN.

La fase de preparación es crucial para establecer unas bases sólidas sobre las cuales se construirá todo el proceso.

No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Situación Actual
1	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas		Documento de autoevaluación de la vigencia anterior proporcionado por el área de calidad	Para el año 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación. Aplicando la fórmula de este indicador teniendo en cuenta el resultado del año 2022 se obtuvo un resultado de mejoramiento del 20%, es decir 1.20
	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1,20		
	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior			
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,91	Informe de resultados de la Superintendencia nacional de salud	El resultado de las acciones ejecutadas en el Programa Anual de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC) fue del 91%, ejecutando 32 de las 35 actividades programadas
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,92	Seguimiento de ejecución del Plan de Desarrollo	El resultado del seguimiento a ejecución del Plan de desarrollo a través del plan operativo anual fue del 92% cumpliendo con 52 de los 57 indicadores programados
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Resolución expedida por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social	Según la resolución N° 851 de 2023, el Hospital Departamental San Rafael ESE de Zarzal se categorizó como una empresa social del estado sin riesgo
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1,049	Ficha técnica SIHO	El resultado de evolución del gasto por unidad de valor relativo producida es de 1,049, evidenciando un leve incremento en los gastos por UVR con respecto a la vigencia anterior
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0,00	Certificación revisoría fiscal de	Para el cierre de la vigencia fiscal 2023, no hubo deuda por concepto de salarios.
8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4,00	Informe del responsable de planeación	Durante la vigencia se realizaron 4 reuniones de junta directiva donde se utilizó la información del RIPS
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,96	Ficha técnica SIHO	Para la vigencia 2023 en el indicador equilibrio presupuestal con recaudo se obtuvo un resultado de 0,96 indicando que los gastos comprometidos superaron en una mínima proporción los ingresos recaudados
10	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO CUMPLE	Informe de resultados de la Superintendencia nacional de salud	No se cumplió con la oportunidad en la entrega de reportes de información conforme a lo establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.



11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, -capítulo 8, título 3, parte 5 del libro de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.	CUMPLE	Reporte del Ministerio Nacional de Salud y Protección social	Se cumplió con la oportunidad en el reporte de información de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2193 de 2004.
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias iii trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0,83	Informe del comité de historias clínicas	La evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos gestantes alcanzó un resultado del 83% cumpliendo con la aplicación de la guía en 5 de 6 casos que se presentaron
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,90	Informe del comité de historias clínicas	La evaluación de la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida alcanzó un resultado del 90 % cumpliendo con la aplicación de la guía en 112 de 125 casos que se presentaron
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	0,92	Informe de la subdirección científica	La oportunidad en la realización de apendicetomía obtuvo un resultado del 92% Cumpliendo con el estándar del tiempo en 23 de 25 casos presentados
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco espirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	1,00	Informe del comité de seguridad del paciente	En la vigencia 2023 no se presentaron casos de pacientes pediátricos con neumonía bronco espirativa
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	1,00	Informe del comité de historias clínicas	La oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio obtuvo una calificación de 1,00 donde se cumplió con los tiempos oportunos en la atención en los 8 casos presentados.
17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1,00	Informe del comité de seguridad del paciente	En la vigencia no se presentaron casos de mortalidad intrahospitalaria relacionados con eventos de interés en salud pública ni fallas en el proceso de atención
18	Oportunidad en la atención de consulta pediátrica	2,40	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención de consulta pediátrica se encuentra en 2,40 días.
19	Oportunidad en la atención gineco-obstetricia	2,59	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención gineco-obstétrica se encuentra en 2,59 días.
20	Oportunidad en la atención de medicina interna.	3,56	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención de medicina interna se encuentra en 3,56 días

## 7.2 FASE DE FORMULACIÓN

Se muestra el estado inicial de cada uno de los indicadores incluidos en la siguiente matriz. Mostrando la condición de inicio de cada uno de los indicadores allí asociados, para el periodo venidero.





Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas	1,20	Documento de autoevaluación de la vigencia anterior proporcionado por el área de calidad	Para el año 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación. Aplicando la fórmula de este indicador teniendo en cuenta el resultado del año 2022 se obtuvo un resultado de mejoramiento del 20%, es decir 1.20	Al implementar un sistema de autoevaluación riguroso y periódico, la institución podrá identificar áreas de mejora y establecer planes de acción concretos para abordar las deficiencias en la calidad de los servicios de salud. Este enfoque nos permitirá obtener una mejora significativa en los estándares de calidad, reflejada en autoevaluaciones posteriores y, en última instancia, en una mejor experiencia para los pacientes y una mayor confianza en la institución por parte de la comunidad.
		Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
		Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior				
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,91	Informe de resultados de la Superintendencia nacional de salud	El resultado de las acciones ejecutadas en el Programa Anual de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC) fue del 91%, ejecutando 32 de las 35 actividades programadas	Al ejecutar eficazmente acciones de mejora derivadas de las auditorías, la institución podrá corregir errores y deficiencias en la atención médica, lo que se traducirá en una mejoría en la satisfacción del paciente y en los resultados de salud. Este enfoque en la mejora continua asegurará que la institución esté en constante evolución y adaptación a las mejores prácticas y estándares en el campo de la salud.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	0,92	Seguimiento de ejecución del Plan de Desarrollo	El resultado del seguimiento a ejecución del Plan de desarrollo a través del plan operativo anual fue del 92% cumpliendo con 52 de los 57 indicadores programados	El cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo reflejará una mejora significativa en la eficiencia operativa y la calidad de los servicios. Esto indicará un fortalecimiento de la planificación estratégica y la capacidad de la institución para adaptarse y responder a los cambios en el entorno



Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
						de la atención médica, asegurando así su sostenibilidad a largo plazo.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Resolución expedida por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social	Según la resolución N° 851 de 2023, el Hospital Departamental San Rafael ESE de Zarzal se categorizó como una empresa social del estado sin riesgo	La adopción de medidas efectivas para gestionar el riesgo financiero conducirá a la mejora en la gestión de los recursos financieros. Esto proporcionará a la institución una mayor estabilidad financiera y una mayor capacidad para invertir en la mejora de sus servicios y en la sostenibilidad a largo plazo.
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1,049	Ficha técnica SIHO	El resultado de evolución del gasto por unidad de valor relativo producida es de 1,049, evidenciando un leve incremento en los gastos por UVR con respecto a la vigencia anterior	La optimización del gasto en relación con la producción de servicios de salud indicará una mejora en la eficiencia y la productividad en la prestación de servicios. Esto reflejará una alineación más estrecha del gasto con los resultados de salud y la satisfacción del paciente, lo que contribuirá a una atención más efectiva y centrada en el paciente.
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,00	Certificación de revisoría fiscal	En la vigencia 2023 no se realizaron compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos mencionados	La implementación de estrategias de adquisición más eficientes y económicas resultará en una reducción de costos y una optimización del uso de recursos. Esto garantizará la disponibilidad y la calidad de los suministros médicos, contribuyendo así a una atención médica segura y de alta calidad para los pacientes.
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de	0,00	Certificación de revisoría fiscal	Para el cierre de la vigencia fiscal 2023, no hubo deuda por	El pago de las obligaciones financieras, específicamente de los salarios proporcionará una mayor estabilidad y



Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
		contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.			concepto de salarios.	satisfacción al personal, así como una base financiera más sólida para el crecimiento y la expansión futuros.
	8	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	4,00	Informe del responsable de planeación	Durante la vigencia se realizaron 4 reuniones de junta directiva donde se utilizó la información del RIPS	El aumento en la utilización de datos para la toma de decisiones informadas ocasionara una mejora en la calidad y la seguridad de la atención médica. Con el análisis de esta información, se podrán tomar decisiones orientadas a la mejoría de los servicios, a las oportunidades de mejoramiento y al planteamiento de estrategias que garanticen el buen funcionamiento
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	0,96	Ficha técnica SIHO	Para la vigencia 2023 en el indicador equilibrio presupuestal con recaudo se obtuvo un resultado de 0,96 indicando que los gastos comprometidos superaron en una mínima proporción los ingresos recaudados	El logro del equilibrio financiero entre los ingresos y gastos del hospital indicará una mejora en la eficiencia en el recaudo y en la gestión presupuestal. Esto proporcionará una mayor liquidez y flujo de caja garantizando la sostenibilidad financiera del hospital
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	NO CUMPLE	Informe de resultados de la Superintendencia nacional de salud	No se cumplió con la oportunidad en la entrega de reportes de información conforme a lo establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.	El cumplimiento oportuno y completo de los informes requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud reflejará una mejora en la transparencia y la comunicación con las partes interesadas. Esto fortalecerá la imagen y la reputación institucional, asegurando el cumplimiento de las normativas y estándares del sector salud.



Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, -capítulo 8, título 3, parte 5 del libro de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.	CUMPLE	Reporte del Ministerio Nacional de Salud y Protección social	Se cumplió con la oportunidad en el reporte de información de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2193 de 2004.	Al mejorar la oportunidad en la presentación de informes requeridos por la normatividad, la institución demostrará su compromiso con la transparencia y el cumplimiento normativo, lo que fortalecerá su reputación y credibilidad. Así mismo el análisis de los indicadores contemplados en el decreto 2193 de 2004 permitirán plantear acciones de mejora con respecto a la desviación de dichos indicadores.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias iii trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0,83	Informe del comité de historias clínicas	La evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos gestantes alcanzó un resultado del 83% cumpliendo con la aplicación de la guía en 5 de 6 casos que se presentaron	El cumplimiento estricto de las guías de manejo para estos casos críticos garantizará una atención médica óptima y oportuna, lo que resultará en una reducción de complicaciones y una mejora en los resultados de salud materno-infantil.
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	0,90	Informe del comité de historias clínicas	La evaluación de la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida alcanzó un resultado del 90 % cumpliendo con la aplicación de la guía en 112 de 125 casos que se presentaron	Garantizar la adopción y aplicación efectiva de guías de manejo para la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida asegurará una atención médica basada en evidencia, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.



Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
	14	Oportunidad en la realización de la apendicetomía	0,92	Informe de la subdirección científica	La oportunidad en la realización de apendicetomía obtuvo un resultado del 92%. Cumpliendo con el estándar del tiempo en 23 de 25 casos presentados	La realización oportuna de apendicetomías reflejará una respuesta rápida y efectiva a condiciones médicas urgentes, lo que mejorará la experiencia del paciente y reducirá el riesgo de complicaciones asociadas con retrasos en la cirugía.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	1,00	Informe del comité de seguridad del paciente	En la vigencia 2023 no se presentaron casos de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativa	La reducción en el número de casos de neumonías bronco aspirativas intrahospitalarias indicará una mejora en la prevención de infecciones nosocomiales y en la calidad de los protocolos de atención médica, lo que resultará en una disminución de la morbimortalidad pediátrica.
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	1,00	Informe del comité de historias clínicas	La oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio obtuvo una calificación de 1,00 donde se cumplió con los tiempos oportunos en la atención en los 8 casos presentados.	La atención inmediata y específica para pacientes con IAM al egreso garantizará una intervención temprana y efectiva, lo que mejorará los resultados a largo plazo y reducirá la mortalidad y la morbilidad asociadas con esta condición cardíaca grave
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1,00	Informe del comité de seguridad del paciente	En la vigencia no se presentaron casos de mortalidad intrahospitalaria relacionados con eventos de interés en salud	El análisis de la mortalidad intrahospitalaria permitirá identificar áreas de mejora en la atención médica y desarrollar estrategias preventivas para reducir la mortalidad, mejorando así la



Área de Gestión	No.	Indicador	Línea Base	Fuente de Información	Observación	Situación proyectada
					pública ni fallas en el proceso de atención	calidad y seguridad de los servicios de salud.
	18	Oportunidad en la atención de consulta pediátrica	2,40	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención de consulta pediátrica se encuentra en 2,40 días.	Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta pediátrica, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción del paciente, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutoria de la institución
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstetricia	2,59	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención gineco-obstétrica se encuentra en 2,59 días.	Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta gineco-obstétrica, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción de las pacientes, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutoria de la institución
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna.	3,56	Ficha técnica SIHO	La oportunidad en la atención de medicina interna se encuentra en 3,56 días	Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta de medicina interna, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción del paciente, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutoria de la institución





## GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Cumplimiento de los logros estratégicos, desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

### INDICADOR 1

#### **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR:**

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).



DIRECCIÓN Y GERENCIA				
<b>INDICADOR No 1</b>		MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR		
<b>Formula</b>		Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior		
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		Para el año 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación. Aplicando la fórmula de este indicador teniendo en cuenta el resultado del año 2022 se obtuvo un resultado de mejoramiento del 20%, es decir 1.20		
ESTANDAR PROPUESTO $\geq 1,20$				
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA				
2024	2025	2026	2027	
$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	$\geq 1,20$	
LÍNEA BASE		1,20		
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la prestación de los servicios de salud, enfocados en procesos con calidad, mejoramiento continuo y atención centrada en el usuario bajo procesos tendientes a cumplir estándares de acreditación en salud.</li> <li>• Realizar capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones.</li> <li>• Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación.</li> <li>• Conformar los equipos de Autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE.</li> <li>• Autoevaluar anualmente los estándares de Acreditación.</li> <li>• Elaborar un plan de acción por cada estándar priorizado.</li> <li>• Realizar seguimiento a la ejecución de las actividades planteadas en el plan de acción.</li> </ul>		
<b>Fuente de la Información</b>		Documento de autoevaluación de la vigencia anterior proporcionado por el área de calidad		
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Líderes de proceso</li> <li>• Todos los Procesos</li> <li>• Equipos de trabajo conformados</li> </ul>		
SITUACIÓN PROYECTADA				
Al implementar un sistema de autoevaluación riguroso y periódico, la institución podrá identificar áreas de mejora y establecer planes de acción concretos para abordar las deficiencias en la calidad de los servicios de salud. Este enfoque nos permitirá obtener una mejora significativa en los estándares de calidad, reflejada en autoevaluaciones posteriores y, en última instancia, en una mejor experiencia para los pacientes y una mayor confianza en la institución por parte de la comunidad.				



## INDICADOR 2

### EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.
- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

DIRECCIÓN Y GERENCIA			
<b>INDICADOR No 2</b>		EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	
<b>Formula</b>		Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		El resultado de las acciones ejecutadas en el Programa Anual de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC) fue del 91%, ejecutando 32 de las 35 actividades programadas.	
ESTANDAR PROPUESTO $\geq 0.90$			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$
LÍNEA BASE		0.91	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las auditorias de calidad a los procesos prioritarios con un instrumento, variables y calificación que permitan medir los avances en los procesos priorizados y realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento.</li> <li>• Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación.</li> </ul>	



<b>Actividades Por Desarrollar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas.</li> <li>• Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento.</li> <li>• Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</li> <li>• Realizar seguimiento trimestral de los planes de mejoramiento.</li> <li>• Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</li> <li>• Ejecutar socializaciones de los avances en los planes de mejoramiento y realizar cierre anual de las auditorías. Realizar los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación.</li> <li>• Articular los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución.</li> </ul>
<b>Fuente de la Información</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> </ul>
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>	
Al ejecutar eficazmente acciones de mejora derivadas de las auditorías, la institución podrá corregir errores y deficiencias en la atención médica, lo que se traducirá en una mejoría en la satisfacción del paciente y en los resultados de salud. Este enfoque en la mejora continua asegurará que la institución esté en constante evolución y adaptación a las mejores prácticas y estándares en el campo de la salud.	

### INDICADOR 3

#### **GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.**

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante resaltar que el Plan de Desarrollo 2020-2023 se orienta a objetivos estratégicos a saber: Fortalecimiento de la gestión institucional, el fortalecimiento de la gestión administrativa y el fortalecimiento de las condiciones para la prestación de los servicios de salud.



DIRECCIÓN Y GERENCIA			
INDICADOR No 3		GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	
Formula		Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / Numero de metas del plan operativo anual programadas	
Observación/Análisis de la Situación Actual		El resultado del seguimiento a ejecución del Plan de desarrollo a través del plan operativo anual fue del 92% cumpliendo con 52 de los 57 indicadores programados.	
ESTANDAR PROPUESTO $\geq 0.90$			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$
LÍNEA BASE		0.92	
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar un diagnóstico integral que refleje la realidad de la institución y contribuya a los componentes estratégicos de la planeación.</li> <li>Establecer estrategias, actividades y metas Formulación del Plan de desarrollo Institucional 2024-2027.</li> <li>Construcción del Plan Operativo Institucional y los planes operativos por áreas, servicios y/o procesos.</li> </ul>	
Fuente de la Información		Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno	
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Planeación</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
El cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo reflejará una mejora significativa en la eficiencia operativa y la calidad de los servicios. Esto indicará un fortalecimiento de la planificación estratégica y la capacidad de la institución para adaptarse y responder a los cambios en el entorno de la atención médica, asegurando así su sostenibilidad a largo plazo.			

## GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.



## INDICADOR 4

### RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2184 de 2016 efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2016, con corte a 30 de mayo de 2016, a partir de los establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 que expresa "El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

Con esta categorización, se busca cumplir con lo reglamentado en el artículo 219 de la Ley 1753 de 2015 o Plan de Desarrollo y la Resolución 5597 de 2015, para que las ESE puedan presentar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Para realizar la categorización de las ESE, el Ministerio de Salud y Protección Social se basó en la metodología establecida a través de la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2090 de 2014.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
INDICADOR No 4		RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	
Formula		Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en Cuanto a la Categorización del Riesgo	
Observación/Análisis de la Situación Actual		Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero	
ESTANDAR PROPUESTO Sin Riesgo			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
LÍNEA BASE		Sin riesgo	
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.</li> <li>Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento. Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</li> <li>Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> </ul>	
Fuente de la Información		Resolución 1342 (con información cierre año 2023)	
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>Presupuesto</li> <li>Subdirector Administrativo y Financiero</li> <li>Equipo Financiero</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			





El cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo reflejará una mejora significativa en la eficiencia operativa y la calidad de los servicios. Esto indicará un fortalecimiento de la planificación estratégica y la capacidad de la institución para adaptarse y responder a los cambios en el entorno de la atención médica, asegurando así su sostenibilidad a largo plazo.

## INDICADOR 5

### EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA				
INDICADOR No 5		EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1)		
Formula		(((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de evaluación / UVR de la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación - / Numero UVR producidas en la vigencia anterior))		
Observación/Análisis de la Situación Actual		Adopción del programa de saneamiento Fiscal y Financiero		
ESTANDAR PROPUESTO <=90				
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA				
2024	2025	2026	2027	
<=90	<=90	<=90	<=90	
LÍNEA BASE		1.049		
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>• Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados.</li> <li>• Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.</li> <li>• Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</li> <li>• Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> <li>• Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.</li> <li>• Fortalecimiento de los procesos asociados a monitoreo de centros de costo.</li> <li>• Fortalecimiento de los procesos de facturación.</li> <li>• Seguimiento permanente y continuo a indicadores de las áreas</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a la productividad de la institución.</li> </ul>
<b>Fuente de la Información</b>	Ejecuciones presupuestales reportadas al sistema SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya, ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de salud y de la Protección social
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto</li> <li>• Planeación</li> <li>• Costos</li> <li>• Gerencia</li> <li>• Subdirector Administrativo y Financiero</li> <li>• Facturación</li> </ul>
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>	
La optimización del gasto en relación con la producción de servicios de salud indicará una mejora en la eficiencia y la productividad en la prestación de servicios. Esto reflejará una alineación más estrecha del gasto con los resultados de salud y la satisfacción del paciente, lo que contribuirá a una atención más efectiva y centrada en el paciente.	

## INDICADOR 6

### PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O MECANISMOS ELECTRÓNICOS

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
<b>INDICADOR No 6</b>	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.		
<b>Formula</b>	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizada mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de empresas sociales del estados y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por concepto de medicamentos y material médico quirúrgico		
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>	En la vigencia 2023 no se realizaron compras de medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos mencionados		
<b>ESTANDAR PROPUESTO &gt;= 0.70</b>			
<b>META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA</b>			
2024	2025	2026	2027
>= 0.70	>= 0.70	>= 0.70	>= 0.70
<b>LÍNEA BASE</b>		0.00	



<b>Actividades a Desarrollar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el proceso de compras de la entidad.</li> <li>• Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante economía de escala.</li> <li>• Evaluación regular de proveedores.</li> <li>• Evaluación de la viabilidad de la implementación de mecanismos de compra electrónica para la entidad.</li> <li>• Evaluar el plan anual de adquisiciones y su comportamiento.</li> </ul>
<b>Fuente de la Información</b>	Certificación de revisoría fiscal, o en caso de no tener revisoría fiscal, del contador de la ESE y el responsable del Control Interno
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compras</li> <li>• Gerencia</li> <li>• Subdirector Administrativo y Financiero</li> </ul>
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>	
La implementación de estrategias de adquisición más eficientes y económicas resultará en una reducción de costos y una optimización del uso de recursos. Esto garantizará la disponibilidad y la calidad de los suministros médicos, contribuyendo así a una atención médica segura y de alta calidad para los pacientes.	

## INDICADOR 7

### MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	
<b>INDICADOR No 7</b>	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.
<b>Formula</b>	((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) -(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes))
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>	Para el cierre de la vigencia fiscal 2023, no hubo deuda por concepto de salarios.
<b>ESTANDAR PROPUESTO 0</b>	
<b>META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA</b>	



2024	2025	2026	2027
0	0	0	0
<b>LÍNEA BASE</b>		0	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar los recursos suficientes que garanticen la liquidez del Hospital.</li> <li>• Control de gastos.</li> <li>• Monitoreo permanente y continuo a los procesos de recaudo.</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Certificación de revisoría fiscal, o en caso de no tener revisoría fiscal, del contador de la ESE y el responsable del Control Interno.	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto</li> <li>• Recaudo</li> </ul>	
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>			
El pago de las obligaciones financieras, específicamente de los salarios proporcionará una mayor estabilidad y satisfacción al personal, así como una base financiera más sólida para el crecimiento y la expansión futuros.			

## INDICADOR 8

### UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continúa realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

<b>FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA</b>	
<b>INDICADOR No 8</b>	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS
<b>Formula</b>	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de las instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitadas, teniendo en cuenta, como mínimo, perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>	Durante la vigencia se realizaron 4 reuniones de junta directiva donde se utilizó la información del RIPS
<b>ESTANDAR PROPUESTO 4 Informes</b>	



META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
4	4	4	4
LÍNEA BASE		4	
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitar, socializar, sensibilizar y retroalimentar a los profesionales de salud en el registro de la información</li><li>• Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones.</li><li>• Fortalecimiento de los procesos de captura de información.</li><li>• Seguimiento a cronogramas de entrega de informes</li><li>• Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.</li><li>• Consolidar y analizar la información generada en los RIPS, con presentación de informe a la Junta Directiva.</li></ul>	
Fuente de la Información		Informe del responsable de planeación quien haga sus veces, Actas de Junta Directiva	
Responsable		<ul style="list-style-type: none"><li>• Subdirección Científica</li><li>• Estadística</li><li>• Sistemas</li></ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
<p>El aumento en la utilización de datos para la toma de decisiones informadas ocasionara una mejora en la calidad y la seguridad de la atención médica. Con el análisis de esta información, se podrán tomar decisiones orientadas a la mejoría de los servicios, a las oportunidades de mejoramiento y al planteamiento de estrategias que garanticen el buen funcionamiento.</p>			



## INDICADOR 9

### RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
<b>INDICADOR No 9</b>		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	
<b>Formula</b>		Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CXP de vigencias anteriores.	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		Para la vigencia 2023 en el indicador equilibrio presupuestal con recaudo se obtuvo un resultado de 0,96 indicando que los gastos comprometidos superaron en una mínima proporción los ingresos recaudados.	
ESTANDAR PROPUESTO >=1.00			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
>=1.00	>=1.00	>=1.00	>=1.00
<b>LÍNEA BASE</b>		0.96	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación del presupuesto basado en datos históricos.</li> <li>• Prever situaciones que afecten directamente los ingresos y gastos.</li> <li>• Implementar un Plan de Austeridad del Gasto. Realizar conciliaciones de cartera (saldos-pagos-glosas consignaciones por identificar).</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Ficha técnica SIHO	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirector Administrativo y Financiero</li> <li>• Cartera</li> <li>• Presupuesto</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
El logro del equilibrio financiero entre los ingresos y gastos del hospital indicará una mejora en la eficiencia en el recaudo y en la gestión presupuestal. Esto proporcionará una mayor liquidez y flujo de caja garantizando la sostenibilidad financiera del hospital.			





## INDICADOR 10

### OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

De conformidad con los requisitos de autorización de las Entidades Promotoras de Salud, el numeral c, artículo 180 de la Ley 100 de 1993, señala que las entidades deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.

Adicionalmente, el numeral 6, artículo 178 de la Ley 100 de 1993, determina entre otras como función de las Entidades Promotoras de Salud, “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

Dentro de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se encuentra el Sistema de la Información para la Calidad, con el objetivo de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y para que los usuarios conozcan el sistema, sus deberes y derechos y los niveles de calidad de los que prestan los servicios, la institución está obligada a suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices impartidas mediante la circular única.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
<b>INDICADOR No 10</b>		Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	
<b>Formula</b>		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		No se cumplió con la oportunidad en la entrega de reportes de información conforme a lo establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.	
ESTANDAR PROPUESTO CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TÉRMINOS PREVISTOS			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
<b>LÍNEA BASE</b>		<b>NO CUMPLE</b>	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer los procesos de captura de información.</li> <li>Implementar una herramienta de monitoreo y seguimiento para el reporte oportuno de los informes.</li> <li>Realizar Seguimiento a cronogramas de entrega de informes Articulación efectiva de la información mediante el fortalecimiento del proceso estadístico.</li> <li>Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Ministerio de la protección social	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirector Administrativo y Financiero</li> <li>Sistemas</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			



El cumplimiento oportuno y completo de los informes requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud reflejará una mejora en la transparencia y la comunicación con las partes interesadas. Esto fortalecerá la imagen y la reputación institucional, asegurando el cumplimiento de las normativas y estándares del sector salud.

## INDICADOR 11

### OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El objeto del reporte de la información del Decreto 2193 de 2004, es realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, igualmente evaluar el impacto del desarrollo de la política de prestación de servicios de salud, dicha información se debe de presentar a la Secretaria de Salud Departamental bajo los procedimientos y términos establecidos por la norma. En el establecimiento de la línea base se evidencio que se realiza el reporte de la información dentro de los términos previstos.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA			
<b>INDICADOR No 11</b>		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, - capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.	
<b>Formula</b>		Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		Se cumplió con la oportunidad en el reporte de información de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2193 de 2004.	
ESTANDAR PROPUESTO CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TÉRMINOS PREVISTOS			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
<b>LÍNEA BASE</b>		CUMPLE	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables.</li> <li>Conciliar la información de manera permanente entre las áreas.</li> <li>Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información mensual, trimestral, semestral y anual del Decreto 2193.</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Superintendencia nacional de salud.	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirector Administrativo y Financiero</li> <li>Estadística</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
Al mejorar la oportunidad en la presentación de informes requeridos por la normatividad, la institución demostrará su compromiso con la transparencia y el cumplimiento normativo, lo que fortalecerá su reputación y credibilidad. Así mismo el análisis de los indicadores contemplados en el decreto 2193 de 2004 permitirán plantear acciones de mejora con respecto a la desviación de dichos indicadores.			



## GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive a nivel asistencial.

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

### INDICADOR 12

#### EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal. Es una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL			
INDICADOR No 12		Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	
Formula		Numero de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	
Observación/Análisis de la Situación Actual		La evaluación de la aplicación de la guía de manejo específica para hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos gestantes alcanzó un resultado del 83% cumpliendo con la aplicación de la guía en 5 de 6 casos que se presentaron.	
ESTANDAR PROPUESTO >= 0.80			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
>= 0.80	>= 0.80	>= 0.80	>= 0.80
LÍNEA BASE			0.83
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar con los profesionales de la salud los resultados de auditoría de la adherencia de guías de práctica clínica.</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento del proceso de auditoría. --Auditoría médica</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento de hallazgos encontrados en la auditoría de la adherencia a la guía de manejo de hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos del embarazo.</li> <li>• Capacitar continuamente a los profesionales de la salud sobre las diferentes guías de emergencias obstétricas.</li> </ul>
<b>Fuente de la Información</b>	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)
<b>Responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Control Interno</li> <li>• Talento Humano</li> <li>• Auditoria Medica</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>	
El cumplimiento estricto de las guías de manejo para estos casos críticos garantizará una atención médica óptima y oportuna, lo que resultará en una reducción de complicaciones y una mejora en los resultados de salud materno-infantil.	

### INDICADOR 13

## EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones, para una atención en salud apropiada en circunstancias clínicas concretas". Surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. La implementación de las guías clínicas en la prestación de servicios de salud ha demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. Razón por la cual se debe generar un proceso sistemático de evaluación y aplicación de las mismas.

<b>GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL</b>	
<b>INDICADOR No 13</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
<b>Formula</b>	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adaptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso



	hospitalario de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia			0
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>	La evaluación de la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida alcanzó un resultado del 90 % cumpliendo con la aplicación de la guía en 112 de 125 casos que se presentaron.			
<b>ESTANDAR PROPUESTO <math>\geq 0.80</math></b>				
<b>META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA</b>				
<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	
$\geq 0.80$	$\geq 0.80$	$\geq 0.80$	$\geq 0.80$	
<b>LÍNEA BASE</b>		0.90		
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular los procesos de Auditoría Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.</li> <li>• Socializar con los profesionales de la salud los resultados de auditoría de la adherencia de guías de práctica clínica.</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento del proceso de auditoría.</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento de hallazgos encontrados en la auditoría de la adherencia a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida.</li> <li>• Capacitar continuamente a los profesionales de la salud sobre la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida.</li> </ul>		
<b>Fuente de la Información</b>		Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)		
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Control Interno</li> <li>• Talento Humano</li> <li>• Auditoría Médica</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>		
<b>SITUACIÓN PROYECTADA</b>				
Garantizar la adopción y aplicación efectiva de guías de manejo para la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida asegurará una atención médica basada en evidencia, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.				



## INDICADOR 14

### OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL			
<b>INDICADOR No 14</b>		Oportunidad en la realización de apendicetomía.	
<b>Formula</b>		Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		La oportunidad en la realización de apendicetomía obtuvo un resultado del 92%. Cumpliendo con el estándar del tiempo en 23 de 25 casos presentados.	
ESTANDAR PROPUESTO >= 0.90			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90
<b>LÍNEA BASE</b>		0.92	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de Historias Clínicas y de seguridad del paciente, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.</li> <li>• Socializar con los profesionales de la salud los resultados de auditoria de las historias clínicas.</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento en los casos en que se superen las 6 horas desde el diagnóstico hasta el procedimiento quirúrgico.</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizo 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 de la fórmula del indicador.	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Control Interno</li> <li>• Auditoria Medica</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
La realización oportuna de apendicetomías reflejará una respuesta rápida y efectiva a condiciones médicas urgentes, lo que mejorará la experiencia del paciente y reducirá el riesgo de complicaciones asociadas con retrasos en la cirugía.			



## INDICADOR 15

### NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL			
<b>INDICADOR No 15</b>		Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	
<b>Formula</b>		<p>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espирativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espирativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación /Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.</p>	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		En la vigencia 2023 no se presentaron casos de pacientes pediátricos con neumonía bronco aspirativa.	
ESTANDAR PROPUESTO <=0			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
0	0	0	0
<b>LÍNEA BASE</b>		0	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de seguridad del paciente, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.</li> <li>• Garantizar el reporte oportuno de los casos de neumonía bronco aspirativas</li> <li>• Capacitar al personal de salud sobre neumonía bronco aspirativas</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Control Interno</li> <li>• Talento Humano</li> <li>• Enfermeras Responsables de los Servicios</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
La reducción en el número de casos de neumonías bronco aspirativas intrahospitalarias indicará una mejora en la prevención de infecciones nosocomiales y en la calidad de los protocolos de atención médica, lo que resultará en una disminución de la morbilidad pediátrica.			





## INDICADOR 16

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL			
<b>INDICADOR No 16</b>		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	
<b>Formula</b>		Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia.	
<b>Observación/Análisis de la Situación Actual</b>		La oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio obtuvo una calificación de 1,00 donde se cumplió con los tiempos oportunos en la atención en los 8 casos presentados.	
ESTANDAR PROPUESTO >= 0.90			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90	>= 0.90
<b>LÍNEA BASE</b>		1.00	
<b>Actividades a Desarrollar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar monitoreo continuo de las historias clínicas con diagnóstico de infarto agudo de miocardio para sostener y mejorar el indicador.</li> <li>Socializar con los profesionales de la salud los resultados de las auditorías de las historias clínicas con este diagnóstico.</li> <li>Capacitar a los profesionales de la salud sobre las guías de infarto agudo de miocardio.</li> <li>Socializar con los profesionales de la salud sobre la importancia de la oportunidad en la administración y el diligenciamiento en la historia clínica de la terapia anti-isquémica.</li> </ul>	
<b>Fuente de la Información</b>		Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)	
<b>Responsable</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditoria Medica</li> <li>Subdirección Científica</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
La atención inmediata y específica para pacientes con IAM al egreso garantizará una intervención temprana y efectiva, lo que mejorará los resultados a largo plazo y reducirá la mortalidad y la morbilidad asociadas con esta condición cardíaca grave.			



## INDICADOR 17

### ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL				
INDICADOR No 17		Análisis de mortalidad intrahospitalaria		
Formula		Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.		
Observación/Análisis de la Situación Actual		En la vigencia no se presentaron casos de mortalidad intrahospitalaria relacionados con eventos de interés en salud pública ni fallas en el proceso de atención.		
ESTANDAR PROPUESTO $\geq 0.90$				
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA				
2024	2025	2026	2027	
$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	
LÍNEA BASE		1.00		
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Verificar la periodicidad de la realización de las reuniones del Comité de seguridad del paciente, de tal forma que quede agendada la revisión de este proceso.</li> <li>• Socializar con los líderes de proceso en el comité de seguridad del paciente las muertes mayores a 48 horas</li> <li>• Establecer planes de mejoramiento en casos de presentar muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas atribuibles a la institución</li> </ul>		
Fuente de la Información		Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador		
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Control Interno</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>		
SITUACIÓN PROYECTADA				
El análisis de la mortalidad intrahospitalaria permitirá identificar áreas de mejora en la atención médica y desarrollar estrategias preventivas para reducir la mortalidad, mejorando así la calidad y seguridad de los servicios de salud.				



## INDICADOR 18

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA.

La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL				
INDICADOR No 18		Oportunidad en la atención de consulta pediátrica		
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médica.		
Observación/Análisis de la Situación Actual		La oportunidad en la atención de consulta pediátrica se encuentra en 2,40 días.		
ESTANDAR PROPUESTO <= 5				
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA				
2024	2025	2026	2027	
<= 5	<= 5	<= 5	<= 5	
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN				
<= 5	<= 5	<= 5	<= 5	
LÍNEA BASE		2.40		
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar capacitación al personal para mejorar la eficiencia en la atención.</li> <li>• Realizar un seguimiento regular del indicador.</li> <li>• Evaluar y optimizar el proceso desde que se solicita la consulta hasta que se completa.</li> </ul>		
Fuente de la Información		Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)		
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>		
SITUACIÓN PROYECTADA				
Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta pediátrica, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción del paciente, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutive de la institución.				



## INDICADOR 19

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA

La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL				
INDICADOR No 19		Oportunidad en la atención gineco-obstetricia.		
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica Gineco- Obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la Institución.		
Observación/Análisis de la Situación Actual		La oportunidad en la atención gineco-obstétrica se encuentra en 2,59 días.		
ESTANDAR PROPUESTO <= 8				
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA				
2024	2025	2026	2027	
<= 8	<= 8	<= 8	<= 8	
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN				
<= 8	<= 8	<= 8	<= 8	
LÍNEA BASE		2.59		
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar capacitación al personal para mejorar la eficiencia en la atención.</li> <li>• Realizar un seguimiento regular del indicador.</li> <li>• Evaluar y optimizar el proceso desde que se solicita la consulta hasta que se completa.</li> </ul>		
Fuente de la Información		Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)		
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Subdirección Científica</li> </ul>		
SITUACIÓN PROYECTADA				
Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta gineco-obstétrica, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción de las pacientes, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutive de la institución				



## INDICADOR 20

### OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA

La Oportunidad es la posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De igual forma, el tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, ya que orienta decisiones de mejoramiento, representa además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y suficiencia de la oferta de la institución.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL			
INDICADOR No 20		Oportunidad en la atención de Medicina Interna.	
Formula		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la Institución.	
Observación/Análisis de la Situación Actual		La oportunidad en la atención de medicina interna se encuentra en 3,56 días	
ESTANDAR PROPUESTO <= 15			
META ESTABLECIDA CADA VIGENCIA			
2024	2025	2026	2027
<= 15	<= 15	<= 15	<= 15
PROYECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN			
<= 15	<= 15	<= 15	<= 15
LÍNEA BASE		3.56	
Actividades a Desarrollar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar capacitación al personal para mejorar la eficiencia en la atención.</li> <li>Realizar un seguimiento regular del indicador.</li> <li>Evaluar y optimizar el proceso desde que se solicita la consulta hasta que se completa.</li> </ul>	
Fuente de la Información		Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	
Responsable		<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad</li> <li>Subdirección Científica</li> </ul>	
SITUACIÓN PROYECTADA			
Al reducir los tiempos de espera para la atención de consulta de medicina interna, la institución mejorará la accesibilidad y la satisfacción del paciente, brindando una atención más efectiva y con calidad. El cumplimiento de este indicador ratificará la capacidad resolutive de la institución.			



### 7.3 FASE DE APROBACIÓN

Para la aprobación del plan de gestión, se siguen los lineamientos establecidos por la Ley 1438 de 2011: El Gerente de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, Julián Andrés Correa Trujillo, presenta el proyecto del Plan de Gestión, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión. La fecha de posesión fue el 01 de abril de 2024, teniendo como plazo máximo para la entrega del Plan de Gestión Gerencial el día 14 de mayo de 2024. Para ser revisado por parte de la Junta Directiva, realizar las correcciones de ser el caso y posteriormente ser aprobado en reunión de la Junta Directiva.

#### Cronograma de Aprobación del Plan de Gestión 2024-2027

No	Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Posesión del gerente para el periodo 2024-207												
2	Elaboración del Plan de Gestión periodo 2024-2027												
3	Radicación del Plan de Gestión para revisión de la Junta Directiva												
4	Aprobación por parte de la Junta Directiva												

### 7.4 FASE DE EJECUCIÓN

Tras la aprobación del plan de gestión del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, este debe ser ejecutado por su Gerente en este caso el Ingeniero Julián Andrés Correa Trujillo, implementando anual mente un plan de acción para hacer seguimiento a cada uno de los indicadores y velar por su cumplimiento para ser presentado del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

EL seguimiento a este plan de acción se hará de una forma trimestral aplicando el siguiente cronograma:

No.	Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Revisión de Indicadores Trimestre I												
2	Revisión de Indicadores Trimestre II												
3	Revisión de Indicadores Trimestre III												
4	Revisión de Indicadores Trimestre IV												



## 7.5 FASE DE EVALUACIÓN

En esta fase la Gerencia del Hospital, en cabeza de su gerente Julián Andrés Correa Trujillo, presentará ante la Junta Directiva de la E.S.E., el informe ejecutivo anual de resultados de cada uno de los indicadores que integran las áreas de gestión del Plan de Gestión Gerencial 2024-2027, este informe será presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. El informe anual consolidará los logros obtenidos en cumplimiento de los indicadores expuestos anteriormente y con base en la matriz de calificación, determinada por las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 del 2018.





Hospital Departamental  
**SAN RAFAEL**  
de zarzal  
Transformando la atención en salud