



Informe de Gestión 2024

"Sembrando futuro en salud"

**DR. JAIRO MAURICIO
SANTOYO GUTIÉRREZ
GERENTE**

PERFIL INSITUCIONAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
ENTIDAD PÚBLICA DESCENTRALIZADA DE LA GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD – MEDIANA COMPLEJIDAD INTEGRAL
CENTRO DE REFERENCIA – SUB RED 7 TUNDAMA

SEDES:

PRINCIPAL – DUITAMA

UNIDADES BÁSICAS DE ATENCIÓN:

SANTA ROSA DE VITERBO Y SATIVASUR

TABLA DE CONTENIDO

Misión.....	8
Visión.....	8
¿Quiénes somos?	8
PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	9
Consulta Externa	9
Servicios Quirúrgicos	9
PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.....	10
INFORME DE GESTIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES	15
1.Excelencia clínica.	15
1.1 Modelo de atención:.....	15
1.1.2 Porcentaje de cumplimiento modelo de atención en la institución.....	16
1.2 Equipos de Respuesta Rápida:.....	17
1.2.1 Adherencia General a equipos de respuesta rápida.....	17
1.3 Estrategia de Ingreso seguro:	18
1.3.1 Adherencia global a ingreso seguro.	18
1.3.2 Porcentaje de evaluación del riesgo clínico en el ingreso seguro a Hospitalización	18
1.4 Programa de monitoreo hospitalario - Torre de Control:	19
1.4.1 Adherencia global al programa de gestión hospitalaria Torre de Control.	19
1.5 Programa de adherencia a guías de práctica clínica:.....	21
1.5.1 Promedio de Adherencia a Guías de Práctica Clínica priorizadas.	21
1.5.2 Porcentaje de implementación de programa de guías de práctica clínica.	22
1.6 Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral:.....	22
1.6.1 Autoevaluación de IAMII sede Hospital Regional de Duitama.	22
1.7 Clínicas de piel, heridas y Ostomías:	23
1.7.1 Tasa de lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia.	23
1.8 Programa de soporte metabólico y nutricional:	25

1.8.1 Porcentaje de pacientes con egreso exitoso por grupo de soporte metabólico y nutricional.....	25
1.9 Programa de Egreso Seguro asistido	26
1.9.1 Adherencia a egreso seguro en salidas a domicilio	26
1.9.2 Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en programa de egreso seguro asistido	26
2. Atención Humanizada Centrada en Personas.....	27
2.1 Programa de Humanización y Experiencia del Usuario:	27
2.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	27
El cierre del año 2024 se realiza con un cumplimiento del 95%,	28
2.1.2 Tasa de satisfacción global del usuario.....	29
2.1.3 Net Promotor Score.	31
3. Seguridad de Paciente y Gestión del Riesgo.....	31
3.1 Programa de Seguridad del Paciente:	31
3.1.1 Adherencia Global a buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas.	32
3.1.2 Porcentaje de Implementación del programa de seguridad del paciente.	32
3.1.3 Cumplimiento oportuno a la gestión de indicios de atención insegura y ejecución de acciones de mejora definidas	33
3.2 Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud:.....	35
3.2.1 Proporción de cumplimiento acciones de mejora definidas a partir de controles en la gestión del riesgo asistencial:	35
4. Gestión de las Tecnologías y la Información.....	36
4.1 Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática:	36
4.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:	36
4.1.2 Desempeño Institucional de la política de gobierno digital	37
4.2 Modelo de seguridad y privacidad de la Información:.....	37
4.2.1 Evaluación de efectividad de controles de seguridad de la Información.....	37
4.3 Renovación Tecnología Biomédica:.....	38
4.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa	38
4.3.2 Programa de gestión de la tecnología.	39

5. Mejoramiento Continuo.....	41
5.1 Sistema de gestión integral de la información de calidad:	41
5.1.1 Porcentaje de adherencia y gestión por Indicadores a nivel organizacional.....	41
.....¡Error! Marcador no definido.	
5.1.2 Porcentaje de Indicadores Institucionales dentro de metas.....	42
5.2 Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud:	42
5.2.1 Ejecución del PAMEC.....	42
5.3 Programa de excelencia operacional y gestión por procesos:	44
5.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa	44
6. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.	45
6.1 Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida:	45
6.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:	45
6.2 Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social:	47
6.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa	47
7. TRANSFORMACIÓN CULTURAL.	48
7.1 Estrategia de Formación para el Liderazgo:	48
7.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa	48
7.2 Estrategia de Gobernanza Compartida:	49
7.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	49
7.3 Programa de fortalecimiento del capital humano:	50
7.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	50
7.4 Plan institucional de comunicaciones:	50
7.4.1 Ejecución de cronograma anual del programa	51
8. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS.....	52
8.1 Proyectos para la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria:	52
8.1.1 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización.	52
8.1.2 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de Unidad de Gestión del Riesgo Integral de Sede Santa Rosa de Viterbo.	52



8.1.3 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de torre de alta complejidad hospitalaria	53
8.2 Programa de mantenimiento hospitalario:	53
8.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa:	53
8.3 Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada:.....	55
8.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa	55
9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.....	56
9.1 Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación:	56
9.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:	56
10. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE.	57
10.1 Plan de mercadeo estratégico:	57
10.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	57
10.2 Programa de facturación eficiente:	58
10.2.1 Adherencia al Programa de facturación eficiente	58
10.2.2 Glosa final menor al 3%:.....	59
10.3 Programa de recaudo efectivo:.....	60
10.3.1 Porcentaje de recaudo efectivo	61
10.3.2 Porcentaje de Gestión del Cobro.....	61
10.4 Gestión presupuestal:	62
10.4.1 Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.....	62
10.4.2 Resultado equilibrio presupuestal con reconocimiento	62
10.5 Programa de gestión de costos:	63
10.5.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	63
10.5.2 Margen de utilidad neta institucional	64
10.6 Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico:	66
10.6.1 Ejecución de cronograma anual del programa.....	66
10.7 Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF:.....	67
10.7.1 Eficacia de los Controles Establecidos para la Gestión del Riesgo Institucional. ...	67
CONCLUSIONES	68

CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

Ilustración I	28.
Ilustración II	29.
Ilustración III	45.
Ilustración IV	54.

DESCRIPCIÓN ORGANIZACIONAL

Misión

Somos una institución que brinda atención en salud centrada en las Personas, desde todos los niveles de complejidad a la población del Departamento de Boyacá y área de influencia, bajo los atributos de la calidad, destacada por la humanización y experiencia del Usuario, el mejoramiento continuo, la responsabilidad social y la investigación, con el propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias.

Visión

En el 2030 la ESE Hospital Regional de Duitama se consolidará como una institución acreditada, líder en la región por su alto desempeño a nivel científico y administrativo, posicionada como centro de referencia de servicios de salud con estándares superiores.

¿Quiénes somos?

Somos la principal institución de la provincia del Tundama, la cual hace parte de la subred 7 y que cuenta con una población aproximada de 250.000 habitantes, posicionándonos, así como la segunda institución más importante del departamento.

Nos hemos constituido como centro de referencia de las entidades que conforman esta subred, gracias al trabajo articulado de nuestro talento humano y la calidad en la prestación de nuestros servicios.

Contamos con más de 21.000 mts cuadrados a su servicio 841 colaboradores 56 especialistas y sub especialistas disponibles para brindarle la mejor atención.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Consulta Externa

Anestesia	Cardiología
Cirugía General	Dermatología
Enfermería	Gastroenterología
Ginecobstetricia	Medicina familiar
Medicina General	Medicina física y del deporte
Nutrición y dietética	Medicina física y rehabilitación
Otorrinolaringología	Medicina interna
Psicología	Neurología
Urología	Ortopedia y/o traumatología
Nefrología	Pediatría
Cirugía Maxilofacial	Cirugía plástica estética
Coloproctología	Psiquiatría
Cardiología pediátrica	Neurocirugía
Endocrinología	Neumología
Oftalmología	

Servicios Quirúrgicos

Cirugía Maxilofacial	Cirugía Plástica y Estética
Cirugía vascular y angiológica	Cirugía Urológica
Cirugía General	Cirugía Dermatológica
Cirugía Ginecológica	Neurocirugía
Cirugía otorrinolaringología	Coloproctología
Cirugía Ortopédica	

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Vacunación	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje
Laboratorio Clínico	Diagnostico Vascular
Toma de muestra de laboratorio Clínico	Imágenes diagnosticas – Ionizantes
Servicio Farmacéutico	Imágenes diagnosticas – No Ionizantes
Terapia Ocupacional	Gestión pre-transfuncional
Terapia Respiratoria	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológica
Clínica de heridas y terapia enterostomal	

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL



EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	LINEA ESTRATEGICA	PROGRAMAS ESTRATEGICOS
EXCELENCIA CLÍNICA	Gestionar la prestación del servicio de salud integrando los atributos de la calidad como pilares de atención para lograr resultados clínicos superiores	Fortalecimiento de la prestación del servicio mediante el modelo de atención con sus respectivos pilares y programas clínicos, implementados, desplegados y evaluados a todo nivel de la organización, mejorando los resultados en salud	Modelo de Atención
			Equipos de Respuesta Rápida
			Estrategia de Ingreso Seguro
			Programa de Monitoreo Hospitalario - Torre de Control
			Programa de Adherencia de Guías de Práctica Clínica
			Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral
			Clínicas de Piel, Heridas y Ostomías
			Programa de Soporte Metabólico y Nutricional
			Programa de Egreso Seguro Asistido

ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LAS PERSONAS	Gestionar la atención humanizada centrada en las personas para colaboradores, pacientes y su familia, mediante estrategias que permitan mejorar la experiencia del usuario	Fortalecimiento de la cultura y calidad del servicio que permita brindar atención centrada en las personas, gestión de experiencia del usuario y fidelización con la institución	Programa de Humanización y Experiencia del Usuario
---	---	---	---

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO	Gestionar la prestación del servicio mediante la implementación de buenas	Fortalecer el enfoque de prevención y gestión del riesgo, a través del aprendizaje organizacional e incorporación de mejores prácticas que favorezcan la cultura de seguridad	SEGURIDAD DEL PACIENTE
			Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA INFORMACIÓN	Gestionar programas y estrategias que permitan mejorar la seguridad en el uso de tecnologías y encaminar a la institución hacia la transformación digital y la renovación tecnológica	Modernización de la infraestructura tecnológica y fortalecimiento de las tecnologías de la información	Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática
			Modelo de seguridad y privacidad de la Información
		Gestionar las tecnologías durante su ciclo de vida para garantizar condiciones eficientes y seguras	Renovación Tecnología Biomédica
			Programa de Gestión de la Tecnología

MEJORAMIENTO CONTINUO	Direccionar el mejoramiento continuo de la entidad hacia estándares superiores de calidad y acreditación	Forjar la cultura de mejoramiento y excelencia a todo nivel de la organización	Sistema de gestión integral de la información de calidad
			Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud
			Programa de excelencia operacional y gestión por procesos

INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS	Gestionar la infraestructura hospitalaria mediante la transformación del ambiente físico que permita mejorar la experiencia del servicio	Mantenimiento y Transformación de la infraestructura hospitalaria	Proyectos para la ampliación de la capacidad Instalada hospitalaria
			Programa de mantenimiento hospitalario
			Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Direccionar la organización hacia la implementación de estrategias responsables con el ambiente, la comunidad y los colaboradores que permitan aportar al desarrollo de la sociedad y la sostenibilidad	Fortalecimiento de la responsabilidad social empresarial	Programa de Donación de Órganos - Hospital Generador de Vida.
			Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social

TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Implementar estrategias que permitan generar modelos mentales compartidos encaminados en transformar la cultura de la organización hacia la excelencia	Fortalecimiento de la cultura organizacional	Estrategia de Formación para el Liderazgo
			Estrategia de Gobernanza Compartida
			Programa de fortalecimiento del capital humano
			Plan institucional de comunicaciones

<p>GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</p>	<p>Implementar la política de gestión del conocimiento, investigación e innovación mediante estrategias que permitan contribuir al desarrollo y generación de valor a la institución y su entorno</p>	<p>Fomento de conocimiento, investigación e innovación</p>	<p>Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación</p>
--	--	---	--

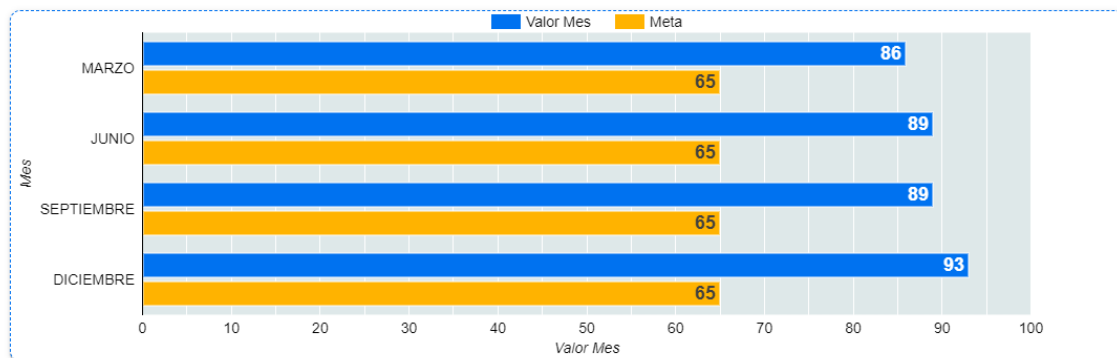
<p>GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE</p>	<p>Gestionar los recursos por medio de procesos eficientes enfocados en mejorar la competitividad, solidez y sostenibilidad financiera</p>	<p>Fortalecimiento de la gestión administrativa integral</p>	<p>Plan de mercadeo estratégico</p>
			<p>Programa de facturación eficiente</p>
			<p>Programa de recaudo efectivo</p>
			<p>Gestión presupuestal</p>
			<p>Programa de gestión de costos</p>
			<p>Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico</p>
			<p>Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF</p>

INFORME DE GESTIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES

1. Excelencia clínica.

1.1 Modelo de atención:

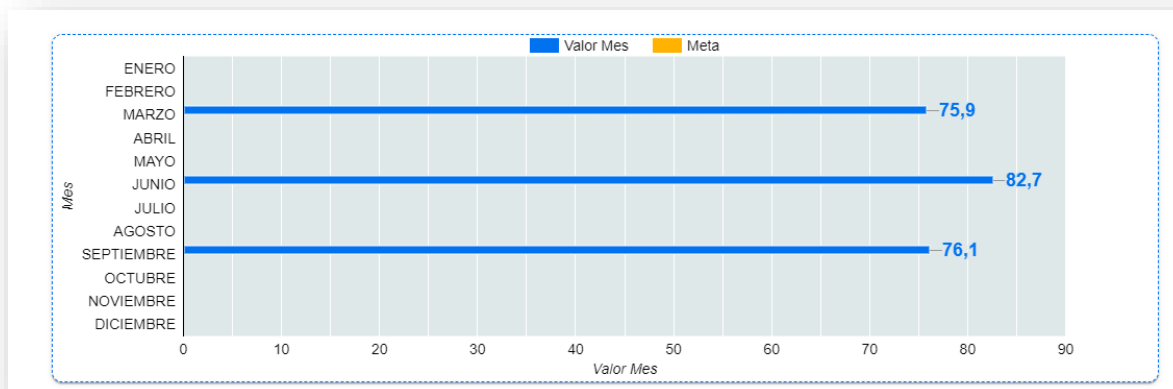
1.1.1 Adherencia General al Modelo de Atención en evaluación de paciente trazador.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Los resultados de auditoria muestran desempeño por unidad funcional: Ingreso y registro para la atención integral en urgencias del 93,38%, en el servicio de imágenes diagnósticas de 85%, en el servicio de hospitalización de 95%, servicios de apoyo de 95%, salas de cirugía: 90%, salas de parto de 85% y egreso seguro de 99%. Los hallazgos y oportunidades de mejora identificados fueron socializados a través de comité de gestión clínica y prestación de servicios de la institución, abordados y analizados en conjunto con todos los líderes de las unidades funcionales; Mejora en los procesos de comunicación entre usuarios y familiares, especialmente en el servicio de imagenología, mejorar adherencia a identificación segura de usuarios, mejora en el servicio de alimentación, presentación del personal, adherencia a la educación al usuario en relación al funcionamiento de los llamados de enfermería, adherencia a la estrategia de bienvenida al usuario y humanización en el servicio de salas de parto.

1.1.2 Porcentaje de cumplimiento modelo de atención en la institución.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Proporción de cumplimiento del atributo de Accesibilidad en el modelo de atención: Promedio vigencia 2024 53%; Indicador en nivel subóptimo con cumplimiento por unidad funcional descrito a continuación: UCI 0%; Hospitalización 0%; Gestante 100%; Recién nacido 100%; Consulta externa 0%; UBAS 50%; Urgencias 100%; Salas de cirugía 0%

Proporción de cumplimiento del atributo de Oportunidad en el modelo de atención: promedio vigencia 2024 78%; indicador en nivel óptimo con cumplimiento por unidad funcional descrito a continuación: UCI 100%, Hospitalización 33%, Gestante 100%, Recién nacido 100%, Consulta externa 67%, UBAS 100%, Urgencias 100%, Salas de cirugía 75%.

En relación a la oportunidad, el indicador registra datos de respuesta en un máximo de 12,3 horas que corresponde a la especialidad de cirugía maxilofacial no ofertada de manera permanente en el hospital; pero especialidades como medicina interna que tiene el mayor número de interconsultas solicitadas, registra un promedio de 2,7 horas en la respuesta generada.

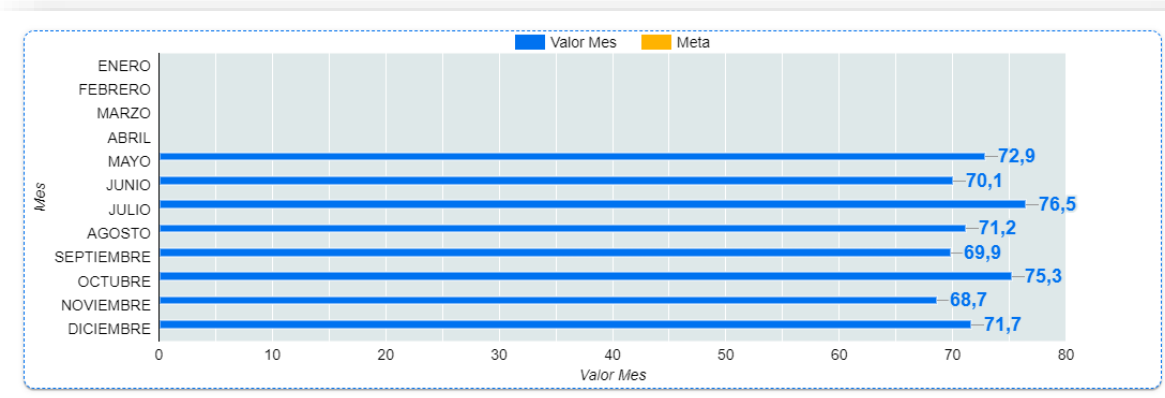
Proporción de cumplimiento del atributo de Pertinencia en el modelo de atención: promedio 67,435; Indicador en nivel subóptimo con cumplimiento por unidad funcional descrito a continuación: UCI 100%, Hospitalización 67%, Gestante 80%, Recién nacido 100%, Consulta externa 0%, UBAS 100%, Urgencias 67%, Salas de cirugía 0%; El análisis en detalle del cumplimiento por unidad funcional se ha descrito a través de comité de prestación de servicios.

Proporción de cumplimiento de los atributos de Seguridad y Gestión del Riesgo en el modelo de atención: promedio 86,57%, Indicador en nivel óptimo con cumplimiento por unidad funcional descrito a continuación: UCI 60%, Hospitalización 100%, Gestante 100%, Recién nacido 100%, Consulta externa 100%, UBAS 100%, Urgencias 100% y Salas de cirugía 100%.

Proporción de cumplimiento del atributo de Continuidad en el modelo de atención: promedio vigencia 2024 95,57%; Indicador en nivel óptimo con cumplimiento por unidad funcional descrito a continuación: UCI 100%; Hospitalización 100%; Gestante 100%; Recién nacido 100%; Consulta externa 100%; UBAS 100%; Urgencias 100%; Salas de cirugía 100%.

1.2 Equipos de Respuesta Rápida:

1.2.1 Adherencia General a equipos de respuesta rápida.



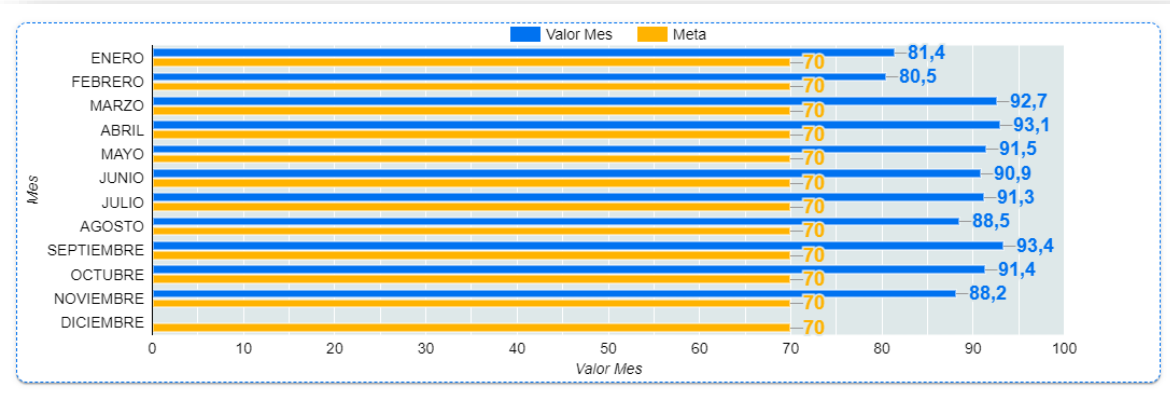
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Indicador sobre la meta institucional establecida para el año 2024 del 40% con disminución de 7 puntos en referencia del resultado del mes anterior. Indicador afectado por la adherencia a atención de código sepsis y código trauma con adherencia menores al 78%, en código trauma por fallos en la identificación del código y en el diligenciamiento de escalas de riesgo y por aporte del código sepsis por la demora en toma de cultivos, pero con mejoría con respecto al mes inmediatamente anterior.

Adherencia al procedimiento de código ICTUS ACV presenta una adherencia al 90% presenta disminución en referencia el mes anterior.

1.3 Estrategia de Ingreso seguro:

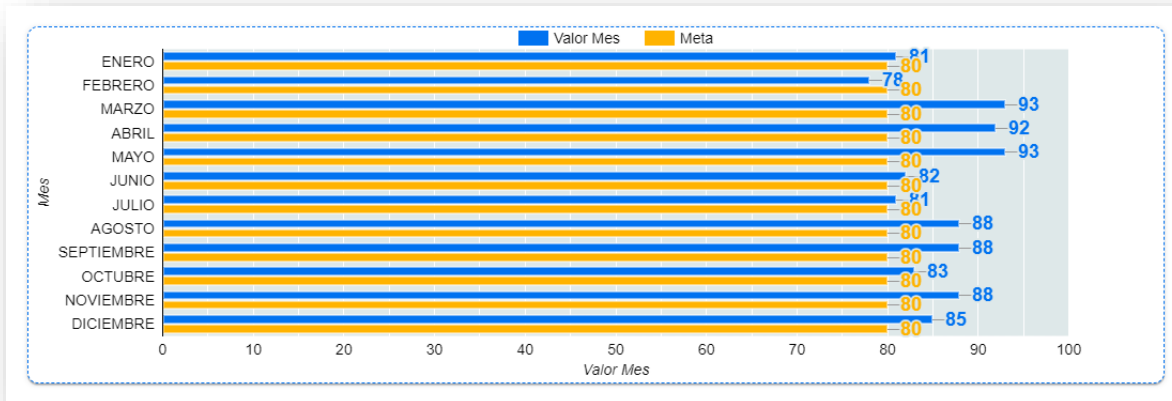
1.3.1 Adherencia global a ingreso seguro.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Promedio 2024: 89,36%; incluyendo toda la internación y sin incluir datos de auditados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) un 85%; en registros propios de profesionales en enfermería; para medicina la adherencia global correspondió a un 83% y total sin incluir datos auditados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) un 84%; cabe mencionar que los siguientes son los campos auditados en cada uno de los folios clínicos por tipo de paciente.

1.3.2 Porcentaje de evaluación del riesgo clínico en el ingreso seguro a Hospitalización



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La adherencia se mantiene en nivel óptimo, para cada uno de los grupos, el promedio para la vigencia 2024 fue de 76.62%; Ante la evaluación de cada uno de los riesgos al ingreso, se identificaron los resultados presentados en el mes de diciembre de 2024 como último análisis de gestión: Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo para desarrollar

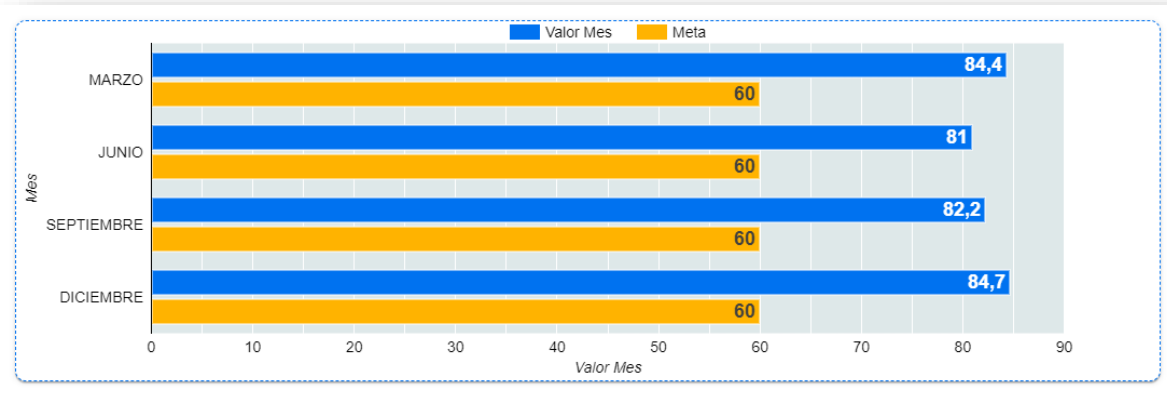
lesiones por presión: 100%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de caída: 100%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo tromboembólico: 94%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo nutricional: 87%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de úlcera gástrica por stress: 84%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de anafilaxia: 100%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo psicosocial: 98%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo infeccioso: 95%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de sangrado: 74%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de hipoglicemia: 94%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de retiro de dispositivos médicos: 100%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo de depresión posparto: 75%, Porcentaje de adherencia a evaluación del riesgo obstétrico: 100%, con generación de información retroalimentada a través de equipos primarios, se realiza cargue de base de datos correspondiente a la generación de la información.

1.4 Programa de monitoreo hospitalario- Torre de Control:

1.4.1 Adherencia global al programa de gestión hospitalaria Torre de Control.

El subproceso de monitoria hospitalaria TORRE DE CONTROL nace bajo la necesidad de establecer las estrategias de monitoreo para la gestión hospitalaria en articulación con el modelo de atención institucional, en los diferentes servicios asistenciales y de apoyo, en el marco del proceso de atención en busca de mejorar los estándares de oportunidad, calidad en la atención, seguridad del paciente y reducción de los tiempos de estancia hospitalaria, incorporando los planes de acción y atenciones y situaciones de emergencias y desastres.

- Para alcanzar los fines del subproceso, se realizaron las siguientes actividades:
- Se diseñó un sistema de monitoreo y seguimiento de la atención médica en la institución.
- Se establecieron indicadores de desempeño para medir la calidad y oportunidad de la atención médica.
- Se realizaron mediciones de tiempos de respuesta en triage, atención en consultorios, respuesta interconsultas y estancia en salas de contingencia.
- Se monitoreó la adherencia al programa y actividades relacionadas.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante el año 2024, se lograron importantes avances en la implementación del subproceso de monitoreo hospitalario "Torre de Control". Algunos de los logros más destacados son:

- Se logró impactar en el tiempo promedio transcurrido en el acceso a la clasificación por el médico de triage antes de 15 minutos, obteniendo un tiempo promedio de 5 minutos.
- Se logró mejorar el tiempo de oportunidad del triage 2 en nuestra institución, obteniendo un promedio de 12 minutos, lo que ha permitido alcanzar las metas propuestas por el subproceso.
- Se alcanzó gestionar los tiempos de respuesta de valoración de pacientes en el consultorio, manteniendo por debajo de una hora el promedio de valoración de todos los pacientes sin importar su clasificación.
- Las rondas administrativas realizadas permitieron alcanzar la optimización de la tendencia en cuanto al tiempo de estancia de pacientes en las zonas de contingencia, pasillo, sala fast, sala flash y procedimientos, mejorando el tiempo de 5 horas.
- Se logró estandarizar la herramienta para medir el tiempo de estancia de pacientes en el área de reanimación, y con la gestión realizada por el personal de torre control, se logró optimizar los tiempos de estancia a un total de 4 horas promedio.
- La torre control logró apoyar y gestionar en conjunto con el área de referencia y contra referencia un 95% de las remisiones tanto asistenciales como administrativas durante el año, manteniendo este indicador sobre las metas asignadas.
- Se logró impactar en los tiempos de respuesta interconsulta por parte de los especialistas, mejorando el tiempo de las mismas.

Los resultados del subproceso de monitoreo hospitalario "Torre de Control" durante el año 2024 fueron los siguientes:

Se logró una adherencia global al conocimiento del subproceso y programa de:

-84.42% en el primer trimestre de 2024

-81% en el segundo trimestre de 2024

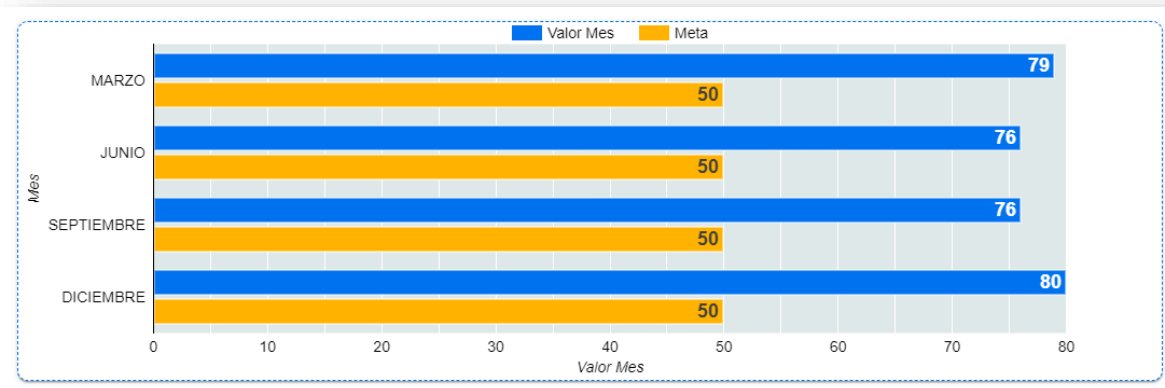
-82.22% en el tercer trimestre de 2024

-84.66% en el cuarto trimestre de 2024

Es importante destacar que la meta establecida para medir la adherencia global a los conocimientos del programa Gestión Hospitalaria Torre Control es del 60%. En este sentido, es destacable que durante todo el año 2024, se superó ampliamente la meta establecida, manteniendo una adherencia promedio del 83.07%. Esto refleja el compromiso y la dedicación del equipo en la implementación y seguimiento del programa.

1.5 Programa de adherencia a guías de práctica clínica:

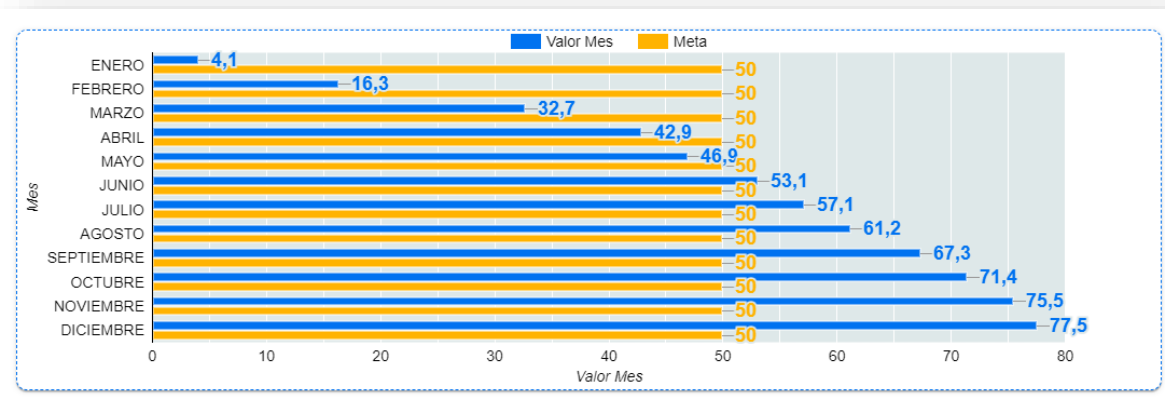
1.5.1 Promedio de Adherencia a Guías de Práctica Clínica priorizadas.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Porcentaje de calificación en la adherencia a la GPC adoptada para el diagnóstico y manejo de la NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS en la institución. Promedio 80,41%; el promedio global en relación a la adherencia a GPC de neumonía y bronquiolitis, acorde a la evaluación realizada por medico referente de salas ERA refleja resultados óptimos, teniendo en cuenta que la medición de la GPC de neumonía presento un cumplimiento para el trimestre de: neumonía Octubre: 80,1%, noviembre: 83,1% y de bronquiolitis Octubre: 80,1%, noviembre: 83,1.

1.5.2 Porcentaje de implementación de programa de guías de práctica clínica.

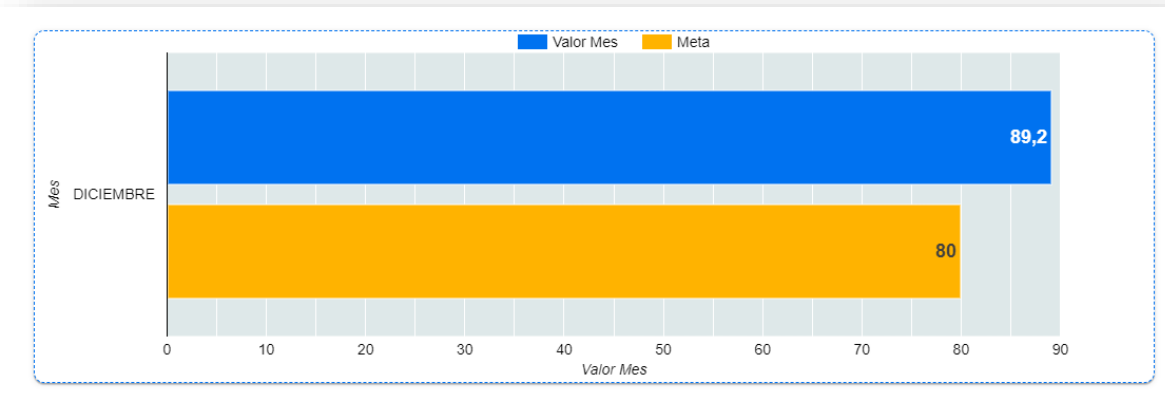


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Porcentaje de adherencia: 77,50%; de acuerdo al desarrollo de las actividades proyectadas, en relación a la socialización de las GPC priorizados.

1.6 Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral:

1.6.1 Autoevaluación de IAMII sede Hospital Regional de Duitama.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Paso 1: 100%: La sostenibilidad del Programa Estratégica IAMII está definida al estar incluida en el PLAN DE DESARROLLO DEL HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA, posee su PLAN

OPERATIVO ANUAL evaluado trimestralmente por el Comité IAMII y la oficina de planeación, cumpliendo con las metas propuestas para el año 2024.

Paso 2: 100%: El Programa de Inducción del Hospital se ha realizado mensualmente bajo la responsabilidad del área de Talento Humano y sumado al mes de octubre y noviembre de una programación intensiva de cubrimiento del personal asistencial y administrativo a través de equipos primarios, reuniones con especialistas, contratista y la socialización a través de la plataforma AVA.

Paso 3: 90,48%: La líder de servicios ambulatorios y en apoyo de la especialidad de obstetricia ha incrementado la oferta de consulta prenatal de alto riesgo, incluyendo programación los días sábados, cuando la agenda de ecografía obstétrica no se completa se programa consulta prenatal.

Paso 4: 83,3%: Derecho a la intimidad: se ve afectada en sala de partos, por la falta de cortinas en las áreas de trabajo de parto y puerperio (solicitud de mantenimiento no cubierta).

Paso 5: 93,75%: La institución tiene establecido educación individual y grupal sobre técnica de lactancia materna y extracción manual de la leche materna, a pesar de la utilización de espacios y momentos en la educación, las encuestas nos muestran una deficiencia en el conocimiento y ejecución especialmente de la técnica de extracción de leche materna.

Paso 6: 87,50%: Se programó con sistemas evaluación y mejoramiento de la historia clínica de urgencias sobre los datos de clasificación nutricional.

Paso 7: 100%

Paso 8: 73,91%: Se disminuyó comparativamente con la evaluación con el cumplimiento del plan de choque un 8%.

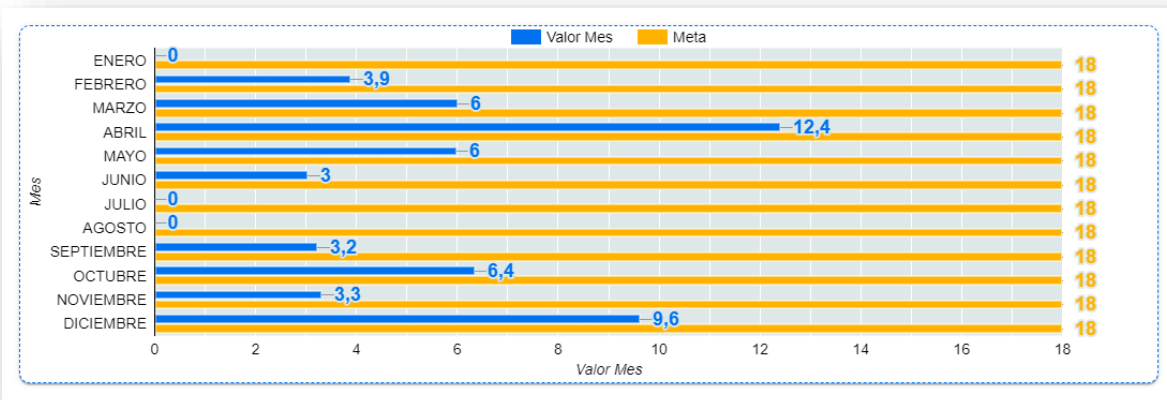
Paso 9: 63,16%: Comparado con la evaluación posterior a plan de choque el puntaje disminuyó un 26,31%.

Paso 10: 100%: Con el liderazgo del DR. Santoyo, las subgerencias científica y administrativa se convocó reunión con los Gerentes de los primeros niveles de la subred 7 y se firmó un acuerdo de colaboración.

1.7 Clínicas de piel, heridas y Ostomías:

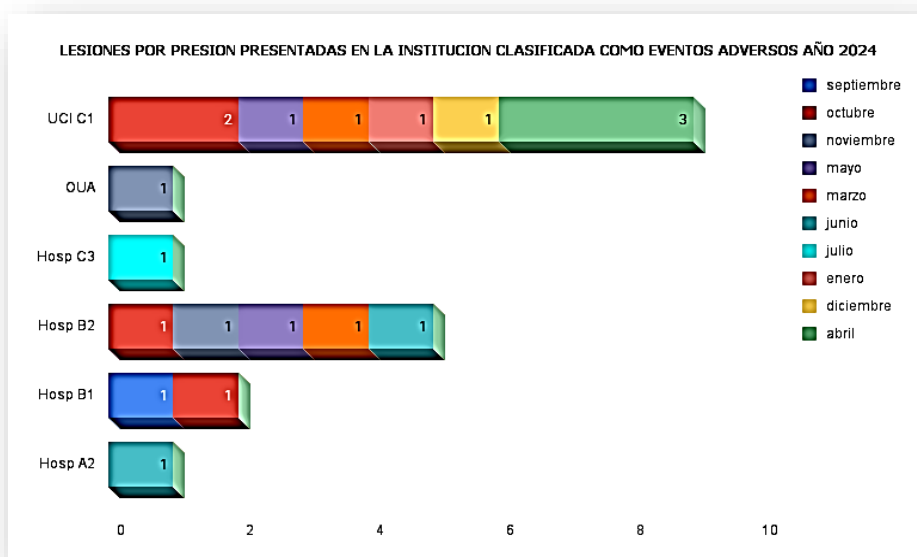
1.7.1 Tasa de lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia.

Desde el programa clínica de la piel, heridas y ostomías, con la estrategia de piel sana se realiza búsqueda activa, seguimiento y educación continua a todo el personal de la institución, familiares o cuidadores de los pacientes identificados con riesgo.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Las Lesiones por presión presentadas, durante el año 2024, se categorizaron hasta estadio II, logrando una adecuada intervención y resolución a las lesiones, dado por el reporte oportuno, cuidados de enfermería y seguimiento brindado por personal de enfermería de los servicios donde se presentaron las lesiones y el personal del programa clínica de la piel, heridas y ostomías.



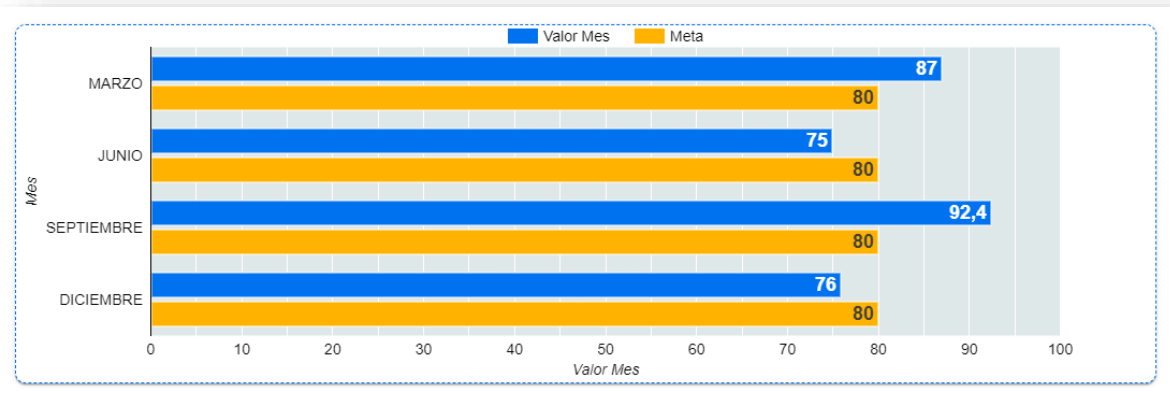
Fuente: Programa Clínica de Piel y Heridas HRD

Para el año 2024 se presentaron 19 lesiones por presión, se evidencia un aumento para el mes de abril con 3 LPP, seguido de octubre con 2 LPP; para los meses de enero, marzo, mayo, junio, julio, septiembre, noviembre y diciembre se presentaron por cada mes 1 LPP, durante los meses de febrero y agosto no se reportó ninguna LPP, estos eventos se analizan durante la unidad de análisis de piel sana que se realiza cada mes donde asisten los coordinadores de enfermería de cada servicio, referente de seguridad del paciente, referente piel sana y coordinación de enfermería donde se instauran planes de mejora en pro de prevención de las LPP en la institución.

1.8 Programa de soporte metabólico y nutricional:

En el programa de soporte metabólico y nutricional para el año 2024 se realizó detección e intervención oportuna de las diferentes afecciones nutricionales en pacientes de todas las edades en hospitalización, urgencias y unidad de cuidados intensivos además de esto se fortaleció mediante capacitación y protocolos el equipo interdisciplinar de soporte metabólico y nutricional con el fin de orientar el abordaje en pacientes que requieren un manejo nutricional especializado. De esta forma se logró el tratamiento integral de los pacientes que necesitaron intervención nutricional y dio como resultado responder a los 12 indicadores que reflejan el seguimiento realizado a los usuarios y la adherencia al programa.

1.8.1 Porcentaje de pacientes con egreso exitoso por grupo de soporte metabólico y nutricional.

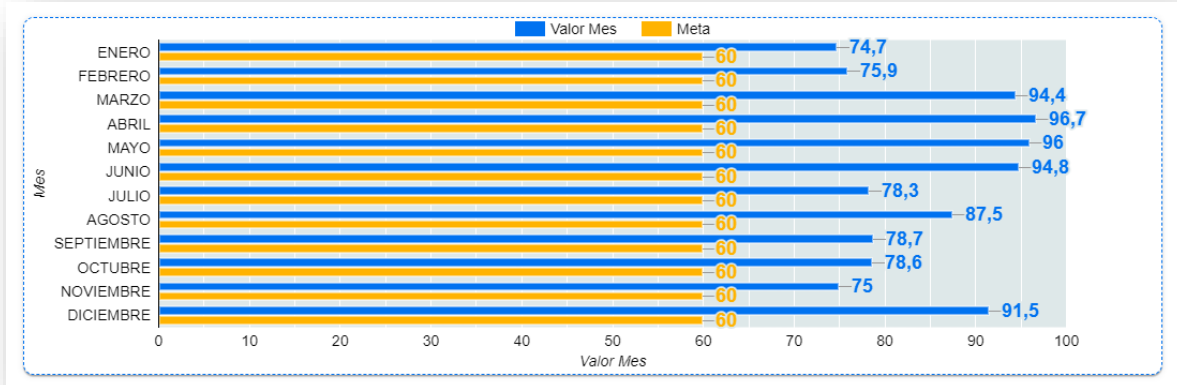


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se considera egreso exitoso del paciente, cuando el grupo de soporte metabólico y nutricional, logra reinstaurar la vía oral o se le define una vía de alimentación definitiva, por la cual puede mantener sus requerimientos calóricos y proteicos en el hogar o centro de remisión. Durante este trimestre se logró establecer una vía de alimentación definitiva en el 75.96% de los pacientes valorados, en su mayoría se instauró nuevamente la vía oral, sin embargo, unos de los pacientes se fueron con gastrostomía al hogar. Por el contrario, en un 24.04% de los pacientes no se logró el egreso exitoso ya que 21 de ellos fallecieron por complicaciones de sus diagnósticos Y 1 fue código lila.

1.9 Programa de Egreso Seguro Asistido

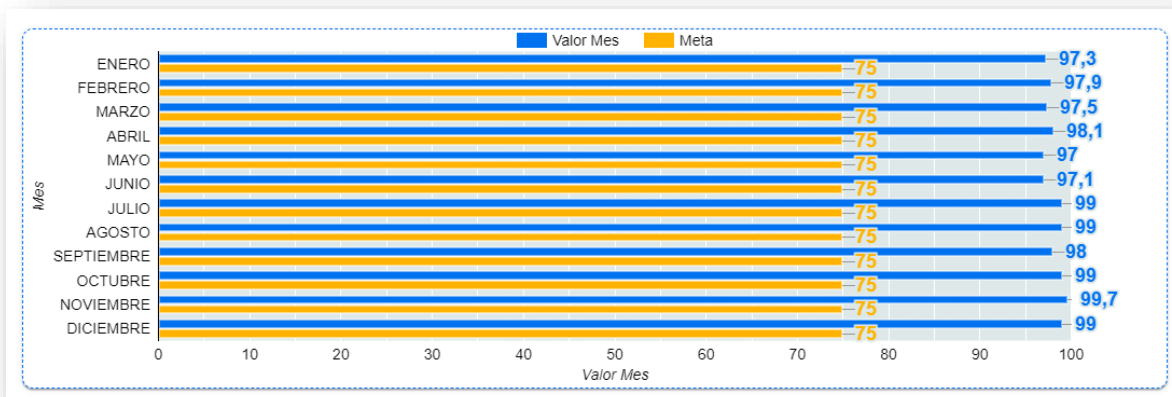
1.9.1 Adherencia a egreso seguro en salidas a domicilio



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La proporción de adherencia al procedimiento de egreso seguro en salidas al Domicilio registró un promedio de 77,86% para la vigencia 2024; las debilidades principalmente encontradas de acuerdo al análisis de los datos corresponden a; entrega de la orden de seguimiento por el primer nivel de atención; y entrega de reportes de ayudas diagnosticas realizadas durante la hospitalización; junto con la entrega de resumen de historia clínica.

1.9.2 Nivel de satisfacción en pacientes atendidos en programa de egreso seguro asistido



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Promedio 2024: 97.07%; en el marco del programa de Egreso Seguro, lo que refleja la solidez de nuestra estrategia y el compromiso constante de nuestro equipo de salud. Este resultado evidencia la confianza de nuestros pacientes en la atención brindada y reafirma el impacto positivo del programa en su recuperación y adherencia a las indicaciones médicas, asegurando un contacto oportuno a las 24 y 72 horas posteriores al egreso hospitalario. Este protocolo de seguimiento telefónico permite evaluar la evolución clínica de cada paciente y reforzar las recomendaciones impartidas durante el egreso. Paralelamente, enviamos órdenes médicas, fórmulas farmacológicas y controles médicos de manera electrónica a través de correo electrónico, asegurando la continuidad del tratamiento y facilitando el acceso a la información para los pacientes y sus cuidadores.

De manera personalizada, nos aseguramos de realizar correcciones en las fórmulas médicas, órdenes y planes de control ambulatorio cuando es necesario, garantizando que cada paciente reciba instrucciones ajustadas a sus necesidades específicas. Además, dedicamos tiempo para explicar de forma clara y comprensible los cuidados en casa, las recomendaciones de actividad física y nutrición, así como los signos y síntomas de alarma específicos según la patología de cada individuo.

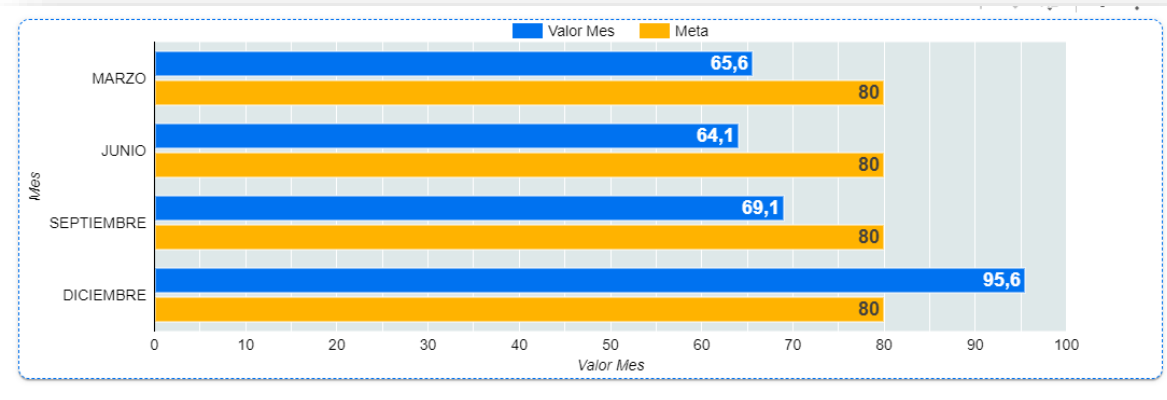
Nuestra estrategia incluye la evaluación del conocimiento y la apropiación de las indicaciones médicas por parte de los pacientes quirúrgicos y crónicos, a través de encuestas estructuradas. Este enfoque educativo asegura que comprendan su papel activo en el proceso de recuperación, promoviendo la adherencia a las indicaciones y la prevención de complicaciones.

El éxito del programa se debe a un esfuerzo multidisciplinario, en el cual el equipo de salud trabaja de manera coordinada para ofrecer un servicio integral, basado en evidencia científica y adaptado a las necesidades particulares de cada paciente. Estos resultados reafirman nuestro compromiso con la excelencia y con el bienestar de nuestros pacientes, manteniéndolos como el eje central de nuestra labor diaria.

2. Atención Humanizada Centrada en Personas.

2.1 Programa de Humanización y Experiencia del Usuario:

2.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El cierre del año 2024 se realiza con un cumplimiento del 95%, en este cronograma se realizan diferentes actividades tales como:

Para cliente interno se realizan actividades de pausa activa y socialización centro de escucha para los colaboradores.



Ilustración 1

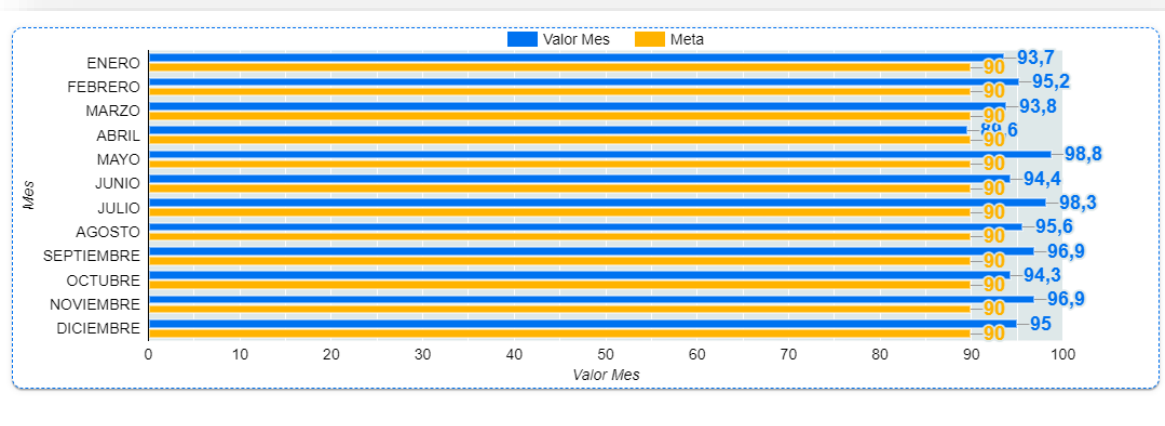
Apertura de buzones en compañía de representantes de asociación de usuarios sede Duitama y Santa Rosa de Viterbo y Celebración de cumpleaños a los pacientes hospitalizados



Ilustración II

Se realizaron actividades como entrega de regalos de navidad para niños pacientes, celebraciones en fechas especiales y musicoterapia. Para la institución es muy importante satisfacer las necesidades de los usuarios y brindar un servicio con calidad, compromiso, cariño y respeto hacia nuestros pacientes, teniendo como objetivo nuestra promesa de servicio *“lo más valioso que tenemos nuestros pacientes”*.

2.1.2 Tasa de satisfacción global del usuario.

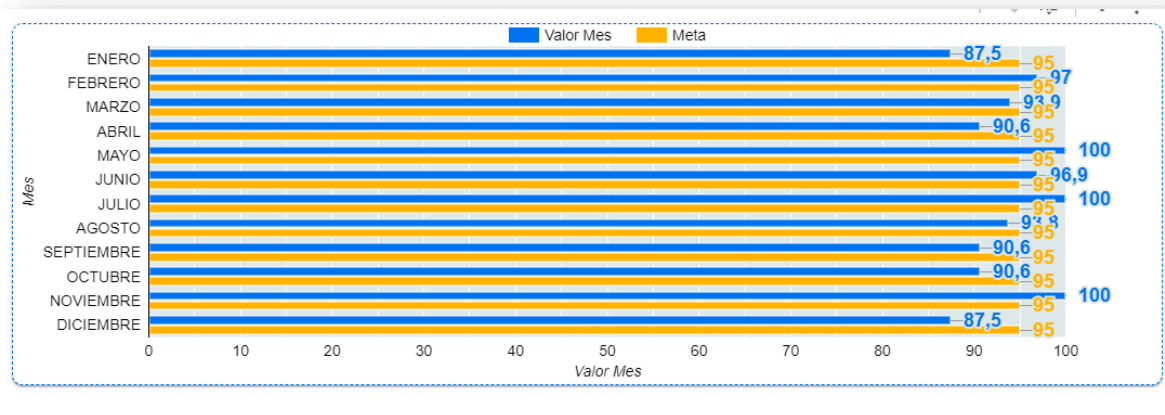


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La satisfacción global de los usuarios de la ESE es positiva, para el año 2024 se mantuvo sobre el 90%, una cifra que nos permite reafirmar las fortalezas en la prestación de los servicios y mejorar las debilidades que se pueden presentar en nuestros usuarios.

Para el año 2024 la satisfacción de los usuarios siempre se mantuvo cumpliendo la meta en estándares altos.

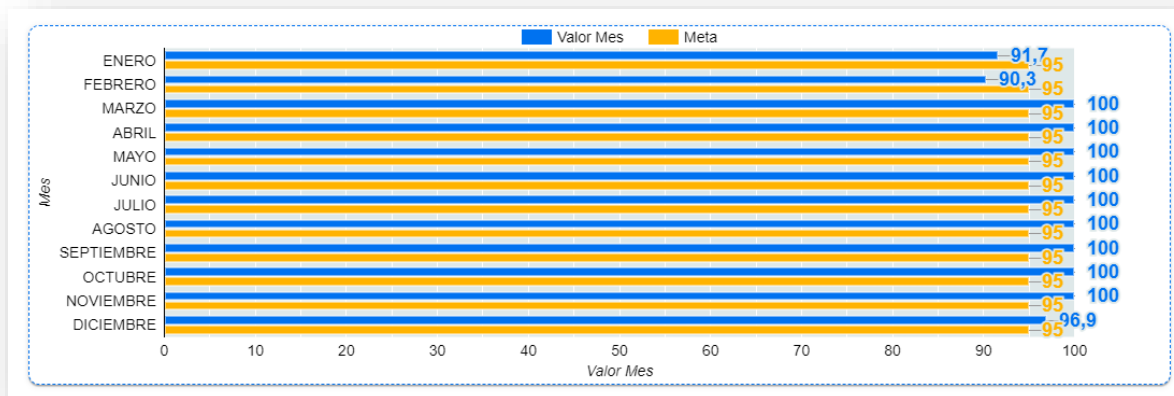
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la Sede Santa Rosa de Viterbo



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Las UBAS son un reto en nuestra prestación de los servicios por su ubicación son instituciones pioneras y en algunas ocasiones únicas en salud de esta población, en el caso de Santa Rosa la satisfacción es elevada, ocasionalmente la cifra está menos del 90% al realizar la trazabilidad con los usuarios su inconformidad generalmente es por la articulación de las actividades con otras IPS o las mismas EAPB.

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la Sede Sativa Sur



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Nuestros usuarios de la UBA ubicada en Sativa tiene un nivel de satisfacción alto mes a mes su calificación es positiva cubriendo las expectativas que tienen nuestros pacientes con respecto a la prestación de servicios.

2.1.3 Net Promotor Score.

El trato al paciente, usuario y su familia, la percepción de escucha del usuario frente a nuestros servicios, y la satisfacción en general mes a mes son una meta que nos impulsa día a día a permanecer en lo más alto de la medición, a pesar que los resultados son favorables la ESE Hospital Regional de Duitama busca propender por el mejoramiento en la prestación de los servicios. A continuación, se portan datos del indicador:

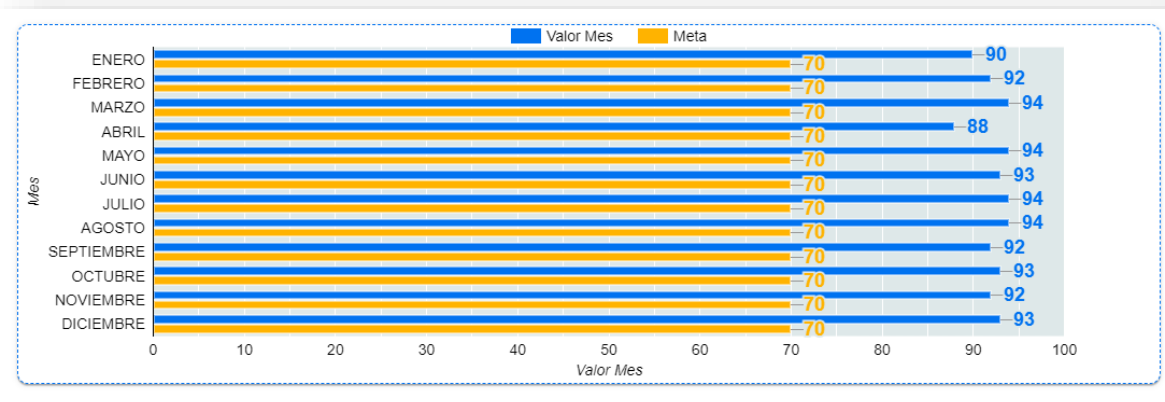
- Net Promoter Score respecto al trato del personal administrativo (admisiones): 82%
- Net Promoter Score sobre la percepción de escucha al usuario por parte del Personal Médico (proceso); 86%
- Net Promoter score de la percepción de la participación del usuario y decisiones compartidas en el abordaje clínico (proceso): 87%.

3. Seguridad de Paciente y Gestión del Riesgo.

3.1 Programa de Seguridad del Paciente:

Durante el año 2024, se ha socializado de manera continua y permanente tanto la política como el programa institucional de seguridad del paciente, a través de diversos espacios reconocidos a nivel institucional, siendo eje de seguridad del paciente un eje primordial y transversal a todos los procesos de atención, en todas las sedes de la institución. Tanto la política como el programa de seguridad del paciente deben ser ampliamente reconocidos por los colaboradores de la institución, puesto que constituye uno de los pilares fundamentales del modelo de atención institucional.

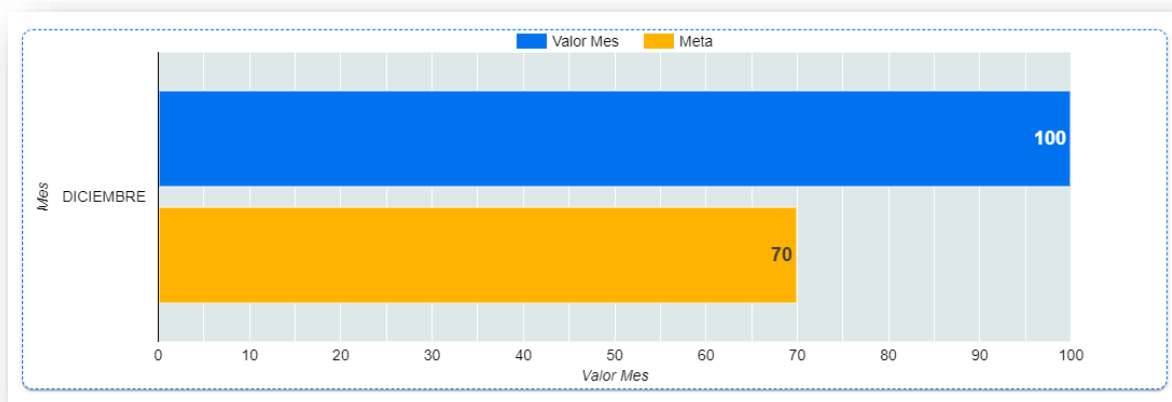
3.1.1 Adherencia Global a buenas prácticas de seguridad del paciente priorizadas.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En torno a las Buenas prácticas de seguridad implementadas y evaluadas que incluyen: Prácticas que garantizan procesos asistenciales seguros y prácticas que mejoran la actuación de los profesionales, se evidencia nivel de adherencia OPTIMO con un porcentaje de cumplimiento de 93%, para las prácticas evaluadas en cada servicio y sede de la institución.

3.1.2 Porcentaje de Implementación del programa de seguridad del paciente.



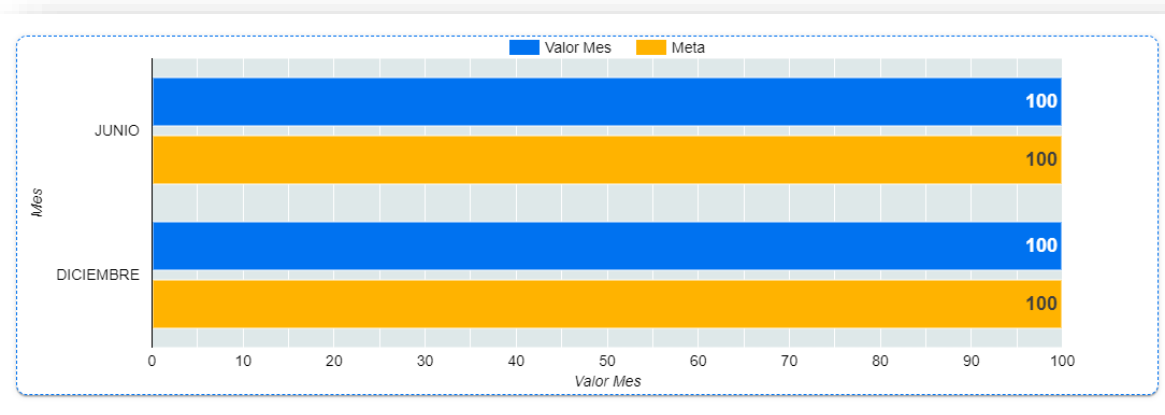
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

La grafica anterior presenta el 100% de implementación del programa durante la vigencia, a continuación, se resaltan logros en la implementación del programa:

-Fortalecimiento de los procesos de medición de adherencia a prácticas seguras actualmente implementadas, permitiendo datos objetivos que han propiciado el desarrollo de acciones de mejora claras y de impacto en los diferentes servicios y sedes de la institución.

- Mejora y mantenimiento de la cultura de reporte y cultura de seguridad del paciente, garantizando procesos de análisis con participación activa de colaboradores y directivos y generando estrategias de mejora para garantizar la seguridad en los servicios prestados por la institución a los usuarios y sus familias.
- Implementación de módulo de seguridad del paciente a través del software de gestión integral de calidad ALMERA, favoreciendo la sistematización del proceso permitiendo el seguimiento continuo de la ejecución del programa de seguridad del paciente en cada una de sus líneas de acción.
- El programa de seguridad del paciente tiene un espacio de educación propio reconocido por los colaboradores y alineado con el plan de capacitación institucional, reconociendo que la atención segura de los usuarios constituye uno de los pilares fundamentales del modelo de atención implementado actualmente en la institución y que atañe a cada uno de los colaboradores.
- Articulación de los programas de vigilancia institucional (Farmacovigilancia, tecnovigilancia, Hemovigilancia y reactivo vigilancia), con el programa de seguridad del paciente.
- El promedio general de calificación del grado general de seguridad del paciente para el año 2022 ha venido en aumento, según la encuesta de clima de seguridad de la paciente aplicada en enero de 2023 que mide el año anterior, los colaboradores reconocen que la institución está comprometida enormemente con la seguridad y calidad en la atención a sus usuarios.
- Empoderamiento de líderes de procesos y coordinadores en el análisis y gestión de los indicios de atención insegura logrando que asimismo se realice la respectiva retroalimentación a sus equipos de trabajo.

3.1.3 Cumplimiento oportuno a la gestión de indicios de atención insegura y ejecución de acciones de mejora definidas



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Las acciones planeadas en torno a hallazgos de aplicación de encuesta de clima y cultura de seguridad para el año 2024 fueron ejecutadas en su totalidad estas acciones incluyeron:

1. Efectuar talleres dinámicos a la totalidad de los trabajadores mediante reuniones de equipo primario donde se fomente y fortalezca en el personal la importancia del trabajo en equipo en pro de garantizar procesos de atención seguros, así como herramientas básicas de comunicación asertiva.
2. Actualización de resolución de equipos primarios de mejoramiento, unificando los temas del eje de seguridad del paciente que deben ser incorporados en la ejecución de los equipos primarios.
3. Participación por parte de referente de seguridad del paciente en reuniones de equipo primario (trimestrales) donde se presentarán indicadores asociados al despliegue de las líneas estratégicas del programa de seguridad del paciente y las mejoras implementadas para la entidad.
4. Realizar ayudas visuales y/o infografía para ser compartida a través de medios digitales de comunicación con temas de interés y aprendizajes institucionales en seguridad del paciente de manera trimestral. Asimismo, se genera reporte de adherencia a buenas prácticas de seguridad por servicio que es compartido a líderes y coordinadores.
5. Ejecutar a cargo de los diferentes líderes y/o coordinadores de servicio durante la realización de las reuniones de equipo primario “Talleres de lecciones aprendidas en Seguridad” donde se comente con el personal del servicio o área los eventos de seguridad acontecidos bajo un carácter de aprendizaje continuo – NO PUNITIVO y asimismo se conozcan las mejoras que se han instaurado como equipo de trabajo para la gestión de los mismos promoviendo el mejoramiento continuo.
6. Socialización del programa de seguridad del paciente a toda la organización a través del plan de capacitaciones institucional a colaboradores asistenciales y administrativos (septiembre), jornadas de inducción y reinducción general (bimensual) evaluando la apropiación de conocimientos y mediante intervenciones de retroalimentación al cliente interno.
7. Implementación de la estrategia de seguridad: Briefing y Debriefing en los servicios faltantes y seguimiento del mismo para identificar aquellos aspectos referidos por el personal en torno a aspectos claves que promuevan a seguridad de los pacientes en los diferentes servicios.

8. Formulación y seguimiento a cronograma de comité de seguridad del paciente por líneas estratégicas garantizando la participación de los diferentes líderes asistenciales.

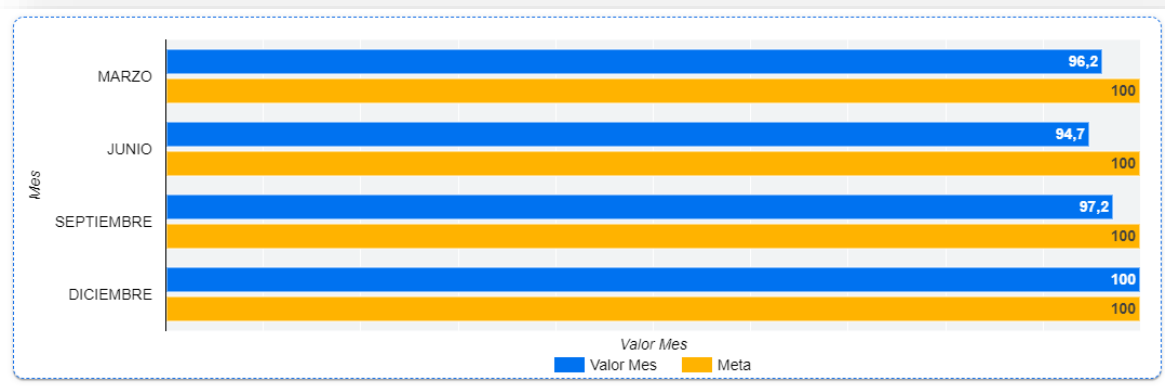
9. Actualización de la política y programa de seguridad del paciente en cuanto a la inclusión de dos nuevas líneas estratégicas: Línea 9: Comunicación y abordaje del paciente y su familia durante la ocurrencia de eventos adversos.

10: Abordaje de la segunda y tercera víctima en la ocurrencia de eventos adversos. Para el mes de marzo de 2024 se dio cumplimiento a las acciones de mejora propuesta con la actualización de la política institucional de seguridad del paciente (Resolución 046 del 24 de marzo de 2024) y el programa de seguridad del paciente.

3.2 Programa de Gestión del Riesgo, eje de riesgos clínicos y asistenciales en salud:

A partir del año 2023 se dio desarrollo e implementación al programa de gestión del riesgo desde el enfoque clínico. En relación al mismo, bajo la metodología AMFE, se realizó la identificación de riesgos para el 100% de los subprocesos misionales generando la identificación de 86 escenarios de riesgo, los cuales ya fueron actualizados para la vigencia 2024, llegando un total de 107 escenarios de riesgo (riesgos en nivel bajo: 8, moderado: 56, alta: 16, extremo: 30) (Gráfico 3); los cuales cuentan con tratamiento completo, definición de controles, seguimiento y monitoreo de los mismos actualizado 2024 y plan de acción con cierre de ejecución del 100%.

3.2.1 Proporción de cumplimiento acciones de mejora definidas a partir de controles en la gestión del riesgo asistencial:

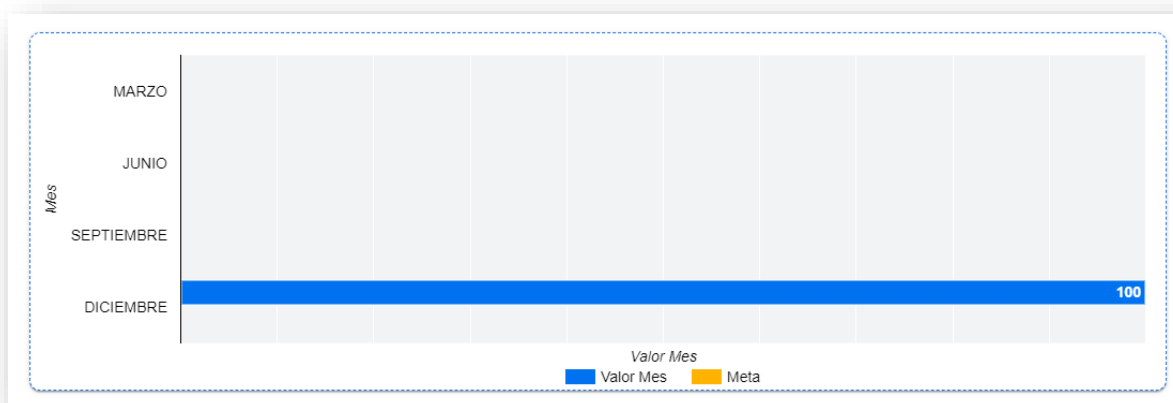


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se garantiza monitoreo semestral a cada uno de los riesgos identificados y seguimiento al cumplimiento de plan de acción. Para el año 2024 la ejecución de acciones asociadas a plan de acción de matriz de riesgo misional, se ubica en nivel óptimo, con la ejecución del 100% de las acciones programadas con 50 actividades programadas y ejecutadas en la vigencia.

4. Gestión de las Tecnologías y la Información.

4.1 Transformación Digital y Renovación de la tecnología informática:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

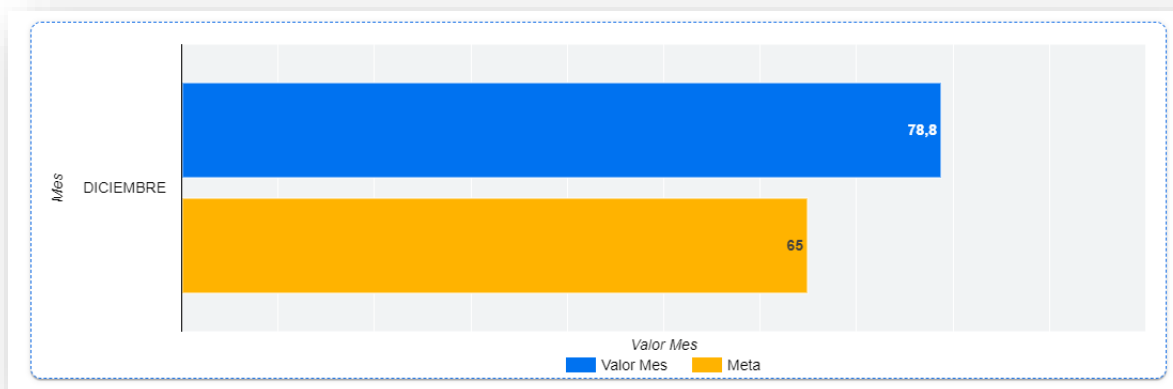
Como parte de la ejecución del Programa de Transformación Digital y Renovación de la Tecnología Informática, se logró un cumplimiento del 100% en el desarrollo de las actividades planificadas. Este avance ha permitido la modernización de los sistemas informáticos, la optimización de los procesos digitales y la mejora en la prestación de los servicios tecnológicos a los usuarios internos y externos de la entidad.

4.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:

El desempeño del área de Tecnologías de la Información en la E.S.E. Hospital Regional de Duitama ha sido positivo en cuanto al cumplimiento de los objetivos de mantenimiento, transformación digital y transparencia. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la seguridad de la información, aspecto en el cual se deberán implementar estrategias para aumentar el nivel de cumplimiento en futuras evaluaciones.

Se recomienda continuar con el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, la actualización de políticas de seguridad y la capacitación del personal en buenas prácticas de ciberseguridad y gestión de información digital.

4.1.2 Desempeño Institucional de la política de gobierno digital

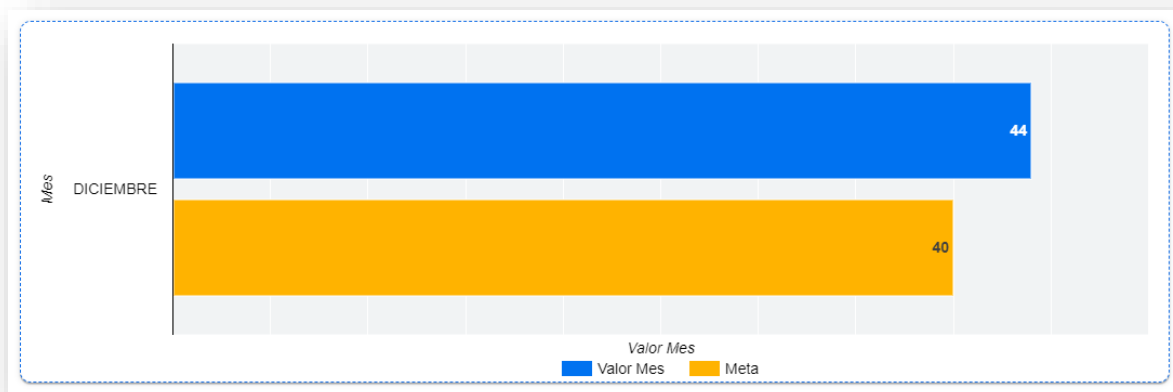


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En relación con la aplicación de la Política de Gobierno Digital y su incidencia en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el desempeño de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama en su sede electrónica y página web se mantiene en un 92%. Este indicador refleja el cumplimiento de los requisitos de acceso a la información y transparencia en la prestación de servicios digitales a la ciudadanía.

4.2 Modelo de seguridad y privacidad de la Información:

4.2.1 Evaluación de efectividad de controles de seguridad de la Información



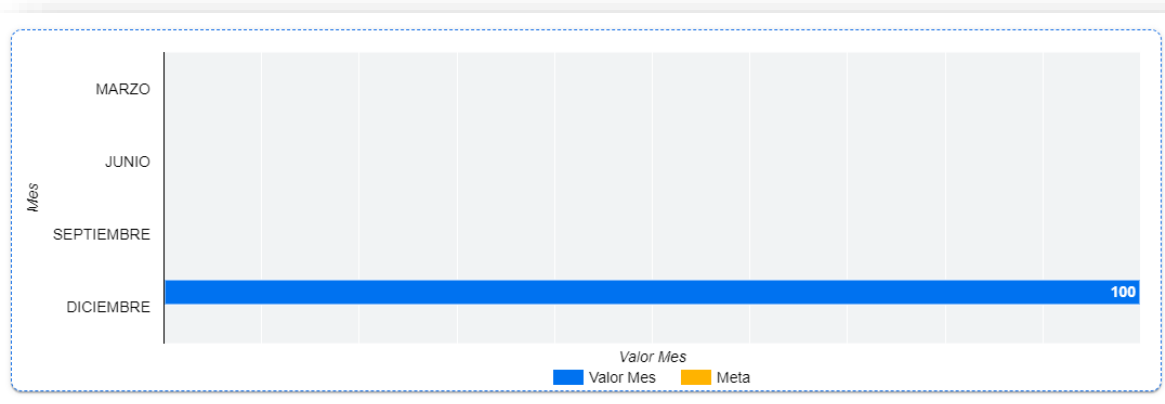
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA



seguridad de la información, el proceso se encuentra en un 44% de cumplimiento. Este resultado evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias y mecanismos de protección de la información, con el fin de mitigar riesgos asociados a la ciberseguridad y garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos institucionales, por tal motivo en el Plan operativo Anual de la siguiente vigencia se formularon actividades que apuntan a fortalecer la efectividad de los controles.

4.3 Renovación Tecnología Biomédica:

4.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

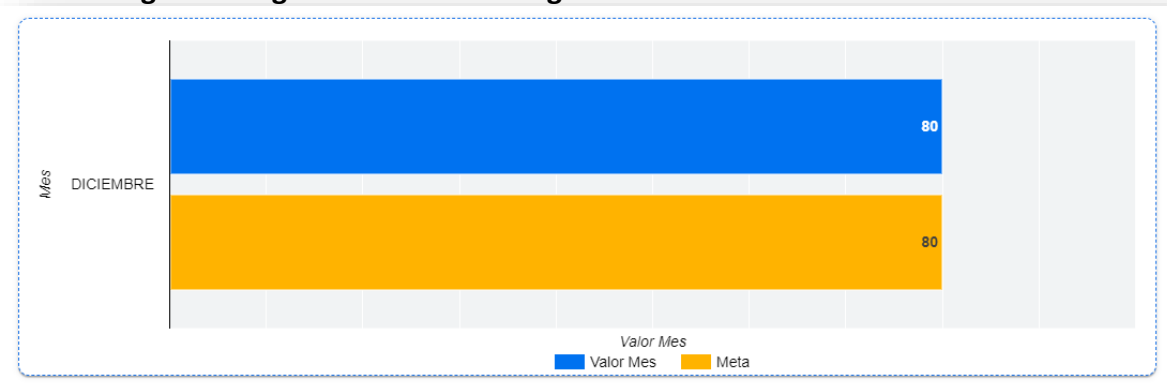
La ejecución del cronograma alcanzó un porcentaje del 80%, donde se realizó verificación en cada uno de los servicios asistenciales del hospital en cuanto a sus funcionamiento y condiciones mínimas de dotación en cumplimiento de la normatividad vigente, generando una serie de necesidades de dotación biomédica, tanto para su renovación y reposición, así como para su dotación de acuerdo a la capacidad instalada del hospital.

Se genera plan de necesidades conforme a la verificación realizada y se establece matriz para realizar la respectiva evaluación en el proceso de adquisición y renovación de tecnología biomédica, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Capacidad instalada declarada en el REPS
- Criterio de evaluación tecnológica
- Justificación de la necesidad
- Establecer especificaciones técnicas de cada una de la tecnología a adquirir.

Posteriormente se realiza una evaluación de las ofertas recibidas y evaluación de las mismas en el cumplimiento de cada especificación técnica establecida por el hospital.








4.3.2 Programa de gestión de la tecnología.







Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se ejecuta el programa de gestión de la tecnología a un 80%; se cumplió con actividades del plan operativo anual. De acuerdo con el PAA para la vigencia 2024, así como cada una de las necesidades que se estableció por los líderes de los diferentes servicios, las cuales fueron recopiladas en una matriz de necesidades y se autorizó por parte de la Gerencia la viabilidad de cada una de las necesidades según prioridades y disponibilidad presupuestal del hospital. Se celebraron contratos de Compraventa, enmarcados en procesos de selección bajo el análisis de estudio de mercado y adquisición cumpliendo los requerimientos de la entidad, adicional y como anexo se diseñó e implementó la evaluación de adquisición en donde se establece 3 criterios (TECNICO, CLINICO y FINANCIERO), ello con el fin de dar una puntuación final y decisiva.

CONTRATO	DETALLE DEL EQUIPO BIOMÉDICO	CANTIDAD	VALOR INVERTIDO	SERVICIO DE DESTINACIÓN	REGISTRO FOTOGRAFICO
019-2024	Electrobisturí BOVIE IDS-30	2	\$ 66.640.000	Salas de cirugía	
028-2024	Rx portátil AGFA RD100S	1	\$ 499.799.988	Imágenes diagnóstica	

039-2024	microscopio binocular cx23	1	\$ 7.936.110	Laboratorio Clínico	
041-2024	bilirrubinometro modelo jm-105	1	\$ 25.823.000	Unidad de cuidados intensivos	
042-2024	Torniquete Neumático	1	\$ 41.033.350	Salas de cirugía	
027-2024	Lámparas cuello de cisne	8	\$ 19.049.520	Consulta externa, hospitalización, sala de partos, urgencias ,sede sativa sur , santa rosa	
053-2024	Balanza pesa bebe	2	\$ 3.900.000	Sala partos	
053-2024	tensiómetros aneroides durashock	20	\$ 9.823.328	Servicios de hospitalización, farmacia, sala de partos, salas de cirugía, consulta externa	
053-2024	equipo de órganos de los sentidos portátil-welch allyn-ref:97200	12	\$ 55.165.714	Servicios de hospitalización, farmacia, sala de partos, salas de cirugía, consulta externa	

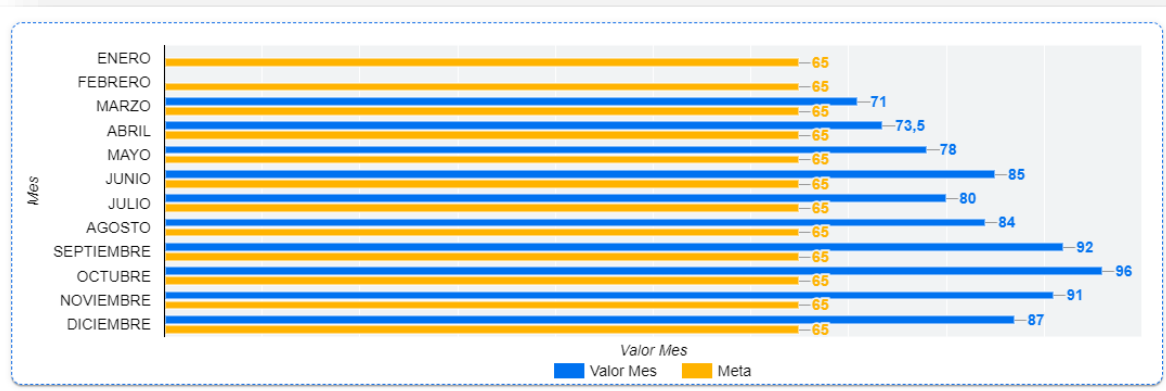
053-2024	balanza digital(880kl)-health o meter	5	\$ 2.962.500	Servicios de urgencia y consulta externa	
053-2024	contador de células-(piano)	1	\$ 1.994.885	Laboratorio clínico	
053-2024	aspirador de secreciones-succionador mod.7e-d-pulmo med	4	\$ 4.740.002	Servicio de hospitalización	
053-2024	electrocardiografo edan se-601c	2	\$ 12.466.667	Urgencias	

Fuente: Programa de Mantenimiento Biomédico HRD

5. Mejoramiento Continuo.

5.1 Sistema de gestión integral de la información de calidad:

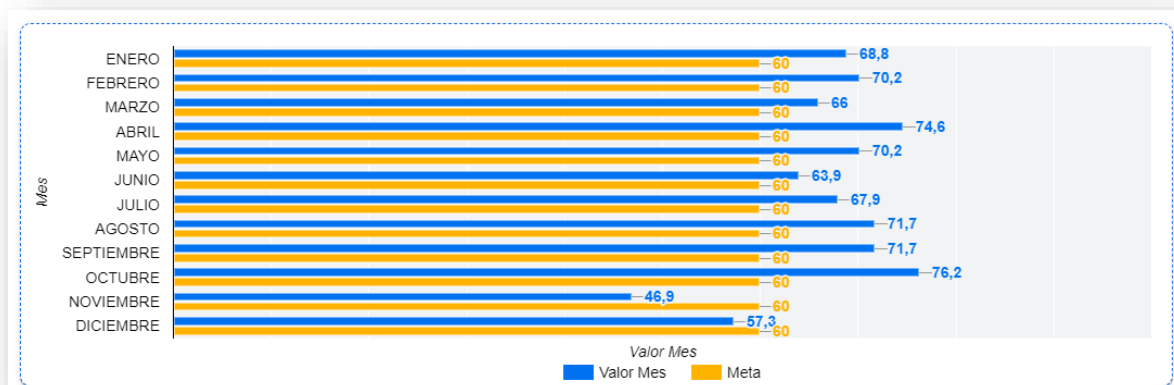
5.1.1 Porcentaje de adherencia y gestión por Indicadores a nivel organizacional



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2024 se fortalece la cultura del reporte en la institución se realiza la normalización de 900 indicadores los cuales monitorean los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control, los indicadores son medidos en diferentes frecuencias y el reporte se genera mensualmente informando al nivel estratégico el no cumplimiento para tomar las decisiones y ejecutar acciones de mejora.

5.1.2 Porcentaje de Indicadores Institucionales dentro de metas



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el 2024 se puede observar un total acumulado del 67 % de indicadores institucionales dentro de metas, para el mes de diciembre se observa que de los 603 indicadores con meta definida 352 están dentro de metas. para el año 2025 se realizará entrenamiento a líderes de proceso y validación de fuentes de información que nos permitan alcanzar las metas propuestas.

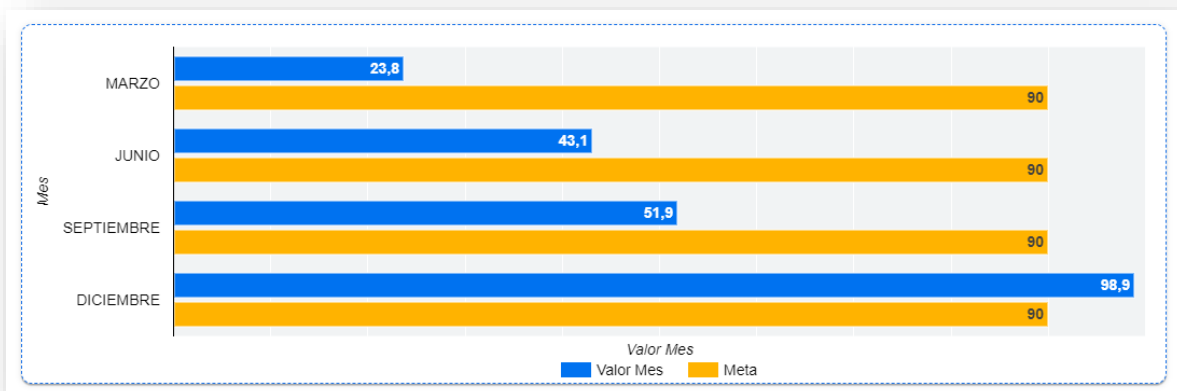
5.2 Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud:

5.2.1 Ejecución del PAMEC

Se ha estandarizado el HRD-PE-GC-PR-02 Procedimiento Autoevaluación Del Sistema Único De Acreditación, con el objetivo de Establecer la metodología de autoevaluación del sistema único de acreditación a través de la implementación de la ruta crítica como mecanismo sistémico y sistemático que oriente el mejoramiento continuo de la calidad alineado con el PAMEC institucional. En adición, la entidad cuenta con un compromiso de la alta dirección con el mejoramiento institucional a través del Sistema Único de Acreditación y la conformación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad para la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Duitama. Actos administrativos que se han formalizado a

través de: Resolución 026 del 08 de febrero de 2022, Resolución 053 del 17 de abril de 2023, Resolución 040 del 01 de marzo de 2024.

(Acto administrativo vigente, el cual se encuentra cargado en la página institucional de la entidad: <https://www.hrd.gov.co/normatividad?search=mejoramiento>).



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para la vigencia se elaboró y garantizó seguimiento al Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, consolidando la proyección de un total de 181 actividades a ejecutar, con una ejecución para el cierre de la vigencia de 98,9%, con 179 actividades ejecutadas de forma completa.

Se evidencia desempeño óptimo para la mayoría de equipos, con brechas identificadas en el equipo de talento humano, las cuales han sido retroalimentadas y detalladas en informe de cierre de PAMEC, de igual forma, retomadas para dar continuidad al esquema de trabajo en la vigencia 2025.

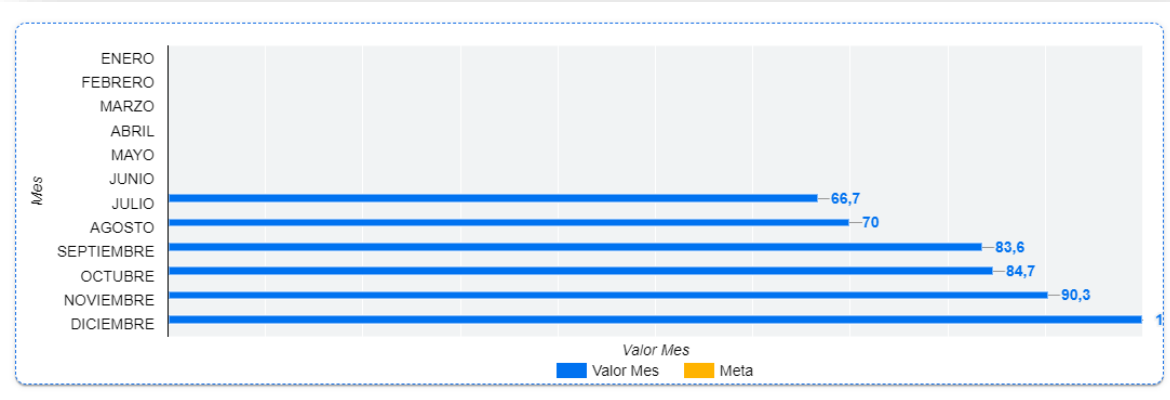
Tabla 4. Seguimiento ejecución PAMEC 2024.

EQUIPO DE MEJORAMIENTO	Completa	En desarrollo	Atrasada	No iniciada	TOTAL	Total ejecución 2024
CLIENTE ASISTENCIAL	69	0	0	0	69	100%
DIRECCIONAMIENTO	31	0	0	0	31	100%
GERENCIA	12	0	0	0	12	100%
TALENTO HUMANO	15	0	2	0	17	88%
MBIENTE FISICO	24	0	0	0	24	100%
TECNOLOGIA	12	0	0	0	12	100%
INFORMACIÓN	8	0	0	0	8	100%
CALIDAD	8	0	0	0	8	100%
TOTAL	179	0	2	0	181	99%

Fuente: PAMEC 2024- validación de soportes a través de SGI Almera

5.3 Programa de excelencia operacional y gestión por procesos:

5.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se da cumplimiento al cronograma para la vigencia 2024 donde para el mes de diciembre se realiza validación del proceso farmacéutico con líder y referente dejando planteado el flujo de proceso, en el proceso de laboratorio se continua con la implementación de las mejoras para poder determinar los tiempos desde la orden de exámenes médicos hasta la lectura de resultados.

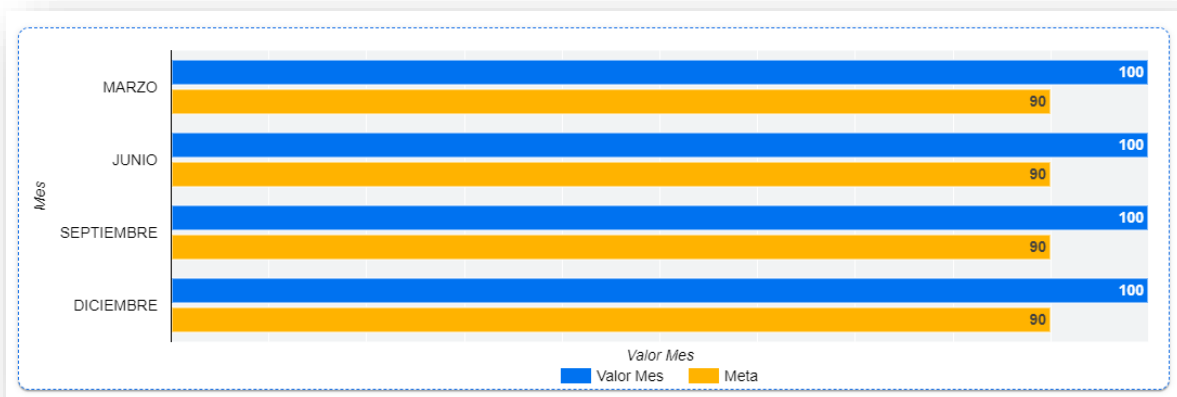
6. RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.



Ilustración III

6.1 Programa de Donación de Órganos- Hospital Generador de Vida:

6.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

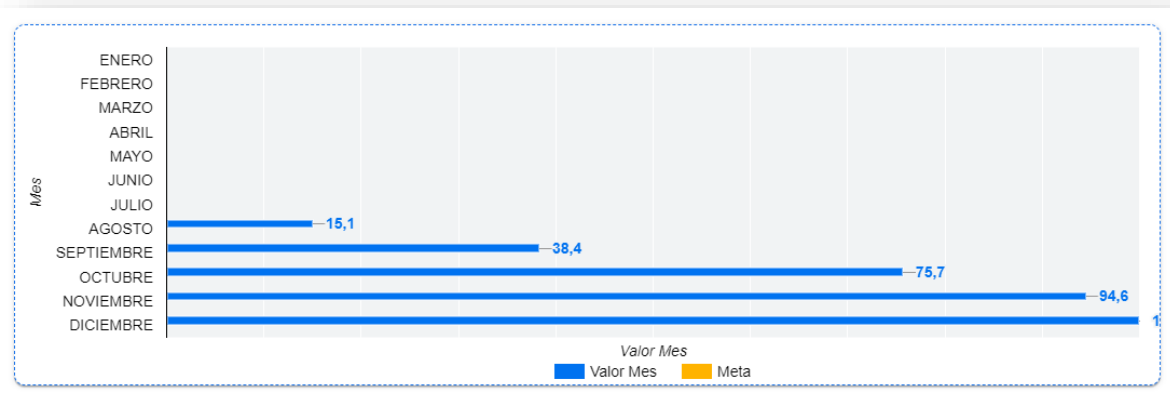
Para el año 2024 se definieron 19 actividades las cuales se cumplieron en un 100%, entre ellas las siguientes:

1. Formalizar ante la SDS mediante acto administrativo y/o documento equivalente la adopción del programa “Hospital Generador de Vida” con sus respectivas líneas de acción, por parte de la IPS.
2. Actualizar y formalizar ante la SDS los documentos de SDS-PSS-FT-550_V3 HOJA DE DIAGNOSTICO DE IPS GENERADORA DE DONANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES establecido por la Secretaria Distrital Salud, Coordinación Regional N1- Red de Donación y Trasplante.
3. Actualizar y formalizar ante la SDS mediante acto administrativo y/o documento equivalente, la designación del referente(s) del programa garantía de la calidad “Hospital Generador de Vida”.
4. Construir, actualizar y socializar los lineamientos del Programa Hospital Generador de Vida específico para la IPS en sus respectivas líneas de acción. (codificados por el área de calidad).
5. Realizar jornadas de sensibilización virtuales y/o presenciales para el personal asistencial y administrativo, enfocadas en la línea de acción de Promoción, con el fin de incrementar la cultura de la donación de órganos y tejidos. Ej: (proceso de inducción y jornadas en los diferentes servicios).
6. Realizar jornadas de sensibilización virtuales y/o presenciales para la comunidad, enfocadas en promover la cultura de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes.
7. Preparar y ejecutar con apoyo de la Coordinación Regional N1. Red de Donación y trasplante, jornadas virtuales o presenciales, en la línea de acción de Gestión Operativa para personal de la institución.
8. Promover jornadas de inscripción de donantes voluntarios.
9. Promover la Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante, a través de piezas comunicativas y medios de comunicación, con los que cuente la institución.
10. Preparación e Inscripción de la IPS en el concurso “Orden Responsabilidad Social Dona Bogotá” 202, según Acuerdo 369 de 2009 del Concejo de Bogotá.
11. Conmemorar virtual y/o presencial el 25 de abril Día de la Donación de Órganos y Tejidos en el Distrito Capital, a través de actividades lúdicas dentro y/o fuera de la institución (adoptado por las IPS de la CRN1-RDT)
12. Conmemorar virtual y/o presencialmente el 6 de junio, Día mundial del paciente trasplantado, a través de actividades lúdicas dentro y/o fuera de la institución.

13. Conmemorar presencial ó virtualmente el mes mundial de la Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante.
14. Realizar jornadas de orientación técnica virtual y/o presencial en la línea de acción de facturación.
15. Realizar auditoría interna del programa Hospital Generador de Vida.
16. Enviar el reporte de Datos Hospitalarios Mensuales.
17. Participar en las reuniones convocadas por la SDS.
18. Ejecutar con apoyo de la Coordinación Regional N.1 Red de Donación y trasplante asistencias técnicas en el seguimiento virtual y/o presencial a los lineamientos del Programa Hospital Generador de Vida, enfocado en las líneas de acción (Gestión Operativa, Facturación, sistemas de información, Promoción y /o auditoria).
19. Enviar el reporte de Datos Hospitalarios en el formato SDS-PSS-FT-143_V3 DATOS HOSPITALARIOS MENSUALES (indicar correos electrónicos de las referentes del Programa en la SDS).

6.2 Alianzas Estratégicas para la Responsabilidad Social:

6.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Durante la vigencia 2024 se llevaron a cabo diferentes estrategias de Responsabilidad Social y sostenibilidad, y entre ellas la más importante que fue el diseño de sus 7 líneas estratégicas desde las cuales se impactan las diferentes partes interesadas de la Institución, las cuales se describen a continuación:

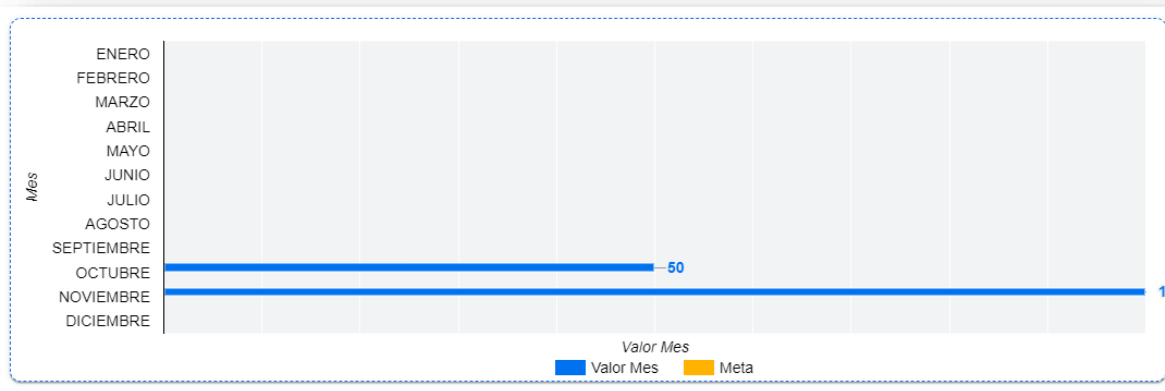
Alianzas estratégicas	Hospital abrigo
Hospital guardián	Hospital a tu lado
Hospital generador de vida	Escuelas para la vida
Empresa familiarmente responsable	

7. TRANSFORMACIÓN CULTURAL.

La formación en liderazgo es un componente esencial para el desarrollo de líderes competentes y adaptativos. Esta estrategia de formación busca cultivar y potenciar las habilidades necesarias para enfrentar los desafíos del liderazgo moderno. A través de una combinación de técnicas innovadoras y prácticas probadas, nuestro enfoque se centra en fortalecer las capacidades individuales y colectivas de los líderes dentro de la organización

7.1 Estrategia de Formación para el Liderazgo:

7.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa



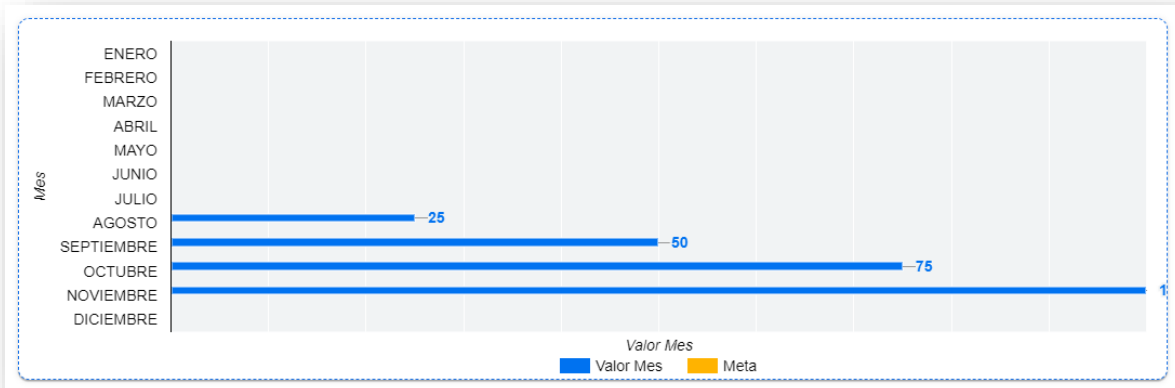
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se documenta estrategia de formación para el liderazgo, con sus respectivos indicadores y cronograma de trabajo, desarrollándose capacitaciones a el personal de la institución y creando talleres de liderazgo a los lideres de la institución, impactando positivamente al trabajo de equipo de la institución, cumpliendo con el cronograma planeado en un 100%.

7.2 Estrategia de Gobernanza Compartida:

La introducción de una estrategia de gobernanza compartida en salud implica reconocer la importancia de la participación activa y equitativa de todos los interesados en el diseño, implementación y evaluación de políticas y servicios de salud. Este enfoque promueve una mayor transparencia, responsabilidad y adaptabilidad en la gestión de los recursos sanitarios, fomentando un sistema de salud más resiliente y equitativo.

7.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa.

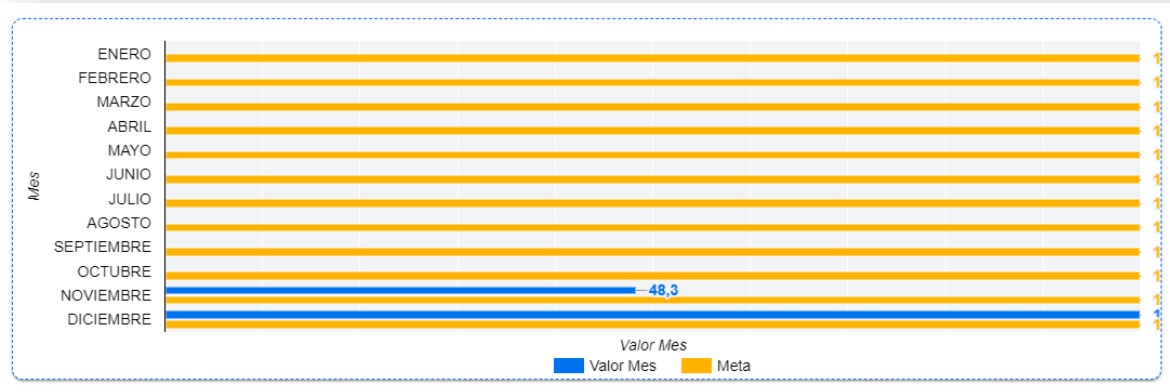


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Con respecto a esta actividad, se inicia con la socialización a 40 líderes y referentes de la institución en el mes de octubre y en el mes de noviembre se divulga al personal administrativo y asistencial de la institución con un alcance a 395 personas, además se realiza la evaluación a su conocimiento, se envía infografía con su respectiva socialización por grupos institucionales de WhatsApp y se evidencia un desarrollo del cronograma de un 100%.

7.3 Programa de fortalecimiento del capital humano:

7.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Se presenta un avance significativo de la Estrategia Capital Humano, en su fase inicial, se han establecido indicadores que se alinean con los objetivos para el logro de la implementación de la política, el programa de transformación cultural, se puede empezar a visualizar la evolución futura de la estrategia, con el fin de lograr un alto impacto en la institución.

Así, las fortalezas identificadas corresponden a un enfoque claro, con la participación de todos los actores de la institución ya que el objetivo es contundente hacia la acreditación de la institución.

La detección de debilidades y oportunidades de mejora es fruto del interés y la participación de las áreas que directa o indirectamente construyen la transformación cultural, y el trabajo en equipo para el logro de los objetivos institucionales.

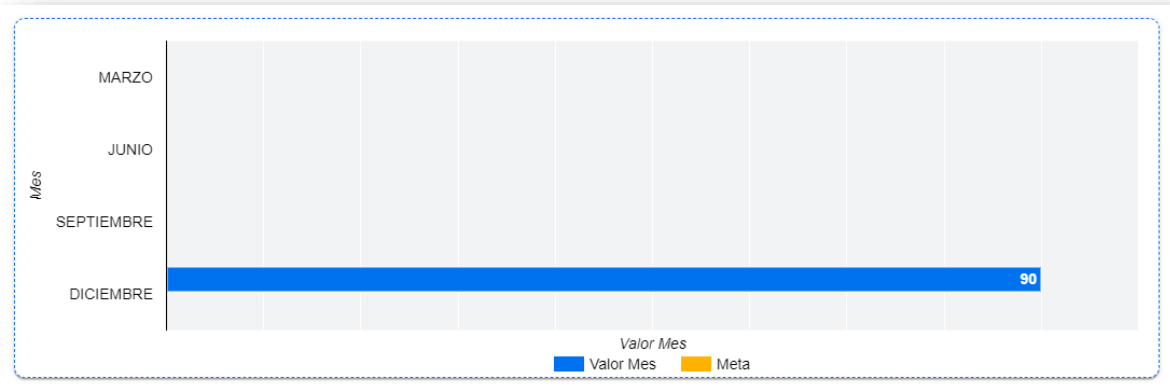
7.4 Plan institucional de comunicaciones:



- 01 Se realiza informe de la política de comunicaciones con base en asesoría de la OES, planeación y calidad. Se incluyen aspectos legales, estratégicos y líneas de acción.
- 02 Con base en el documento existente se realiza actualización del plan de comunicaciones, definiendo estrategias, canales, tipos de comunicación y otros aspectos que no se incluyeron en el anterior documento. A la fecha se encuentra en adaptación a formato institucional.
- 03 Durante el año 2024 se diseñaron y elaboraron piezas audiovisuales y gráficas con contenido de interés, los cuales fueron solicitados por los líderes y referentes de las diferentes áreas. Dichas piezas fueron publicadas en los canales de comunicación institucionales.
- 04 Se creó formato de necesidades, el cual fue socializado y enviado a los líderes y referentes de áreas para que sean diligenciadas las necesidades de comunicación. Este documento fue validado por la OES.
- 05 Una vez recibidas las necesidades a través de correo electrónico, se elabora informe que es presentado en comité de gestión y desempeño del 30 de diciembre de 2024.
- 06 Desde comunicaciones se publicaron todos los documentos enviados desde las áreas involucradas en dicha tarea, quienes recibieron respuesta y evidencia de la publicación.
- 07 Durante el año 2024 se realizaron diferentes piezas gráficas y audiovisuales para la promoción de los diferentes canales de información que tiene la entidad. Esta actividad se realizó de manera permanente con evidencias mensuales que fueron presentadas en los informes de planeación.

Fuente: Programa de comunicaciones HRD

7.4.1 Ejecución de cronograma anual del programa



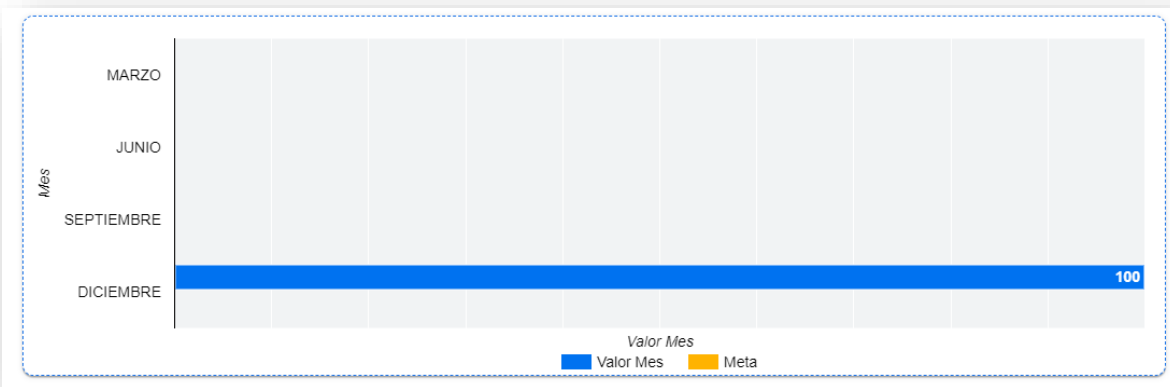
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El desarrollo del Plan de comunicaciones trabaja articuladamente en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se desarrollaron actividades dando como un porcentaje de cumplimiento final el 90%, afianzando la interacción con el ciudadano y reportando a través de los diferentes medios de comunicación la información pública y de interés.

8. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTES HUMANIZADOS.

8.1 Proyectos para la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria:

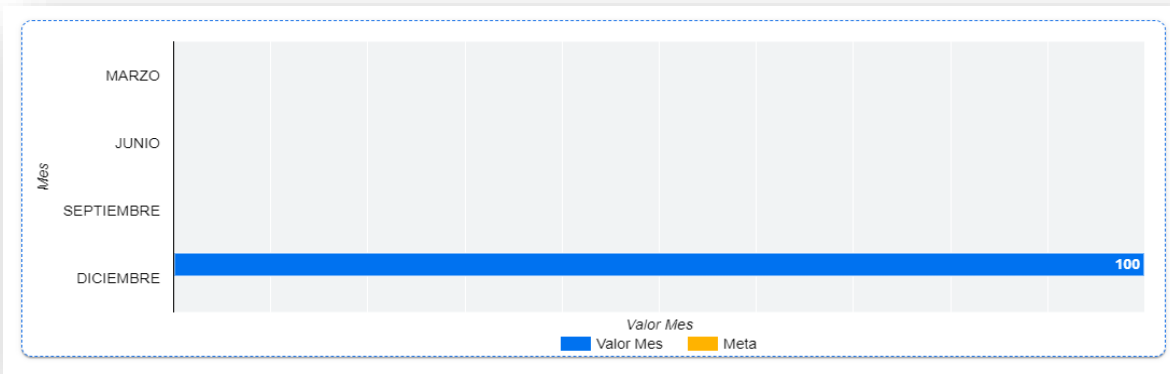
8.1.1 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En la vigencia 2024 se realizó cargue de los proyectos en la plataforma Plan Bienal de Inversiones del Ministerio de Salud y se presenta el estudio de oferta demanda y factibilidad del proyecto, se realizó mesa de trabajo y se concertó la capacidad instalada con el Ministerio y la Secretaria de Salud. Del cronograma de trabajo se cumplen con las actividades de la gestión del proyecto de ampliación de infraestructura de urgencias, atención del parto y hospitalización.

8.1.2 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de Unidad de Gestión del Riesgo Integral de Sede Santa Rosa de Viterbo.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El proyecto de ampliación de infraestructura de Unidad de Gestión del Riesgo Integral de Sede Santa Rosa de Viterbo, se presenta el estudio de oferta y demanda ante el Ministerio de Salud y se concertó la calidad instalada cumpliendo con las actividades propuestas para la vigencia 2024.

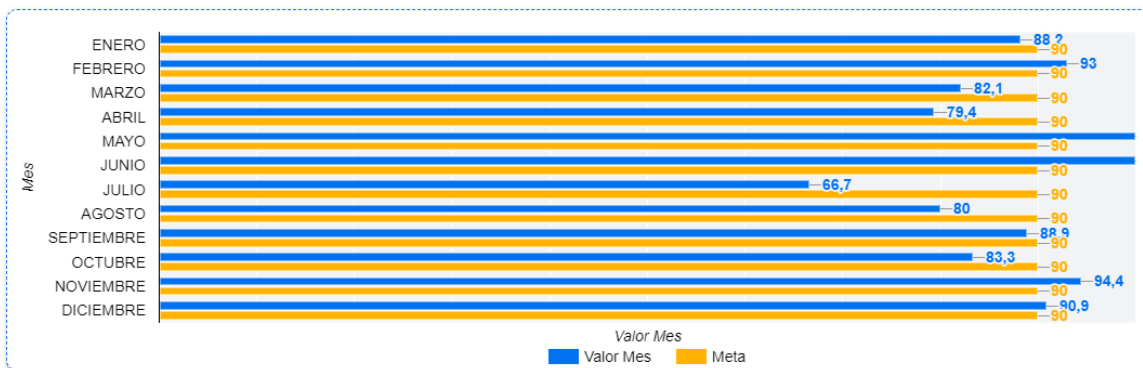
8.1.3 Ejecución de cronograma de formulación, implementación y ejecución del proyecto de ampliación de infraestructura de torre de alta complejidad hospitalaria

Se avanza con el análisis, formulación y proyección del estudio de oferta y demanda para posterior entrega en la Secretaria de Salud.

8.2 Programa de mantenimiento hospitalario:

8.2.1 Ejecución de cronograma anual del programa:

Para el año 2024 en el proceso de ejecución de mantenimiento hospitalario, se desarrollaron las diferentes actividades programadas en el plan de mantenimiento, lo cual se ve reflejado y comparado en los últimos tres años como se aprecia en la siguiente imagen.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

De los meses de enero a junio, para el año 2024 se mantuvo un rango bajo de cumplimiento, debido a las diferentes actividades que se tenían proyectadas y a la demora en la consecución de contrato de ferretería para insumos y materiales.

Los meses de mayo y junio se cumplió con las metas trazadas en plan de mantenimiento, y se adelantaron las actividades atrasadas desde los meses de enero

a abril.

Para el mes de julio de 2024, se ve un bajonazo significativo en la ejecución, debido al cambio de profesional en el liderazgo del subproceso de mantenimiento a la infraestructura del hospital.

Desde el mes de agosto a diciembre, se ve un aumento prolongado y mantenido en la ejecución y cumplimiento, pues la curva de aprendizaje se ve demostrada en el segundo semestre, obteniendo así un cumplimiento del indicador para el cierre de año en los meses de noviembre y diciembre, demostrando una ejecución por encima del 90%.

Igualmente, para el segundo semestre del año 2024, se obtiene para los diferentes servicios de hospitalización, urgencias y salas de cirugía la acreditación por la secretaria de salud de Boyacá, de mediana a alta complejidad, e igualmente se obtiene la reacreditación por la secretaria de salud, por un nuevo año consecutivo, en el paso 6 de la estrategia IAMII, donde se cumple al 100% en el estándar de ambiente físico e infraestructura amenizada y confortable.

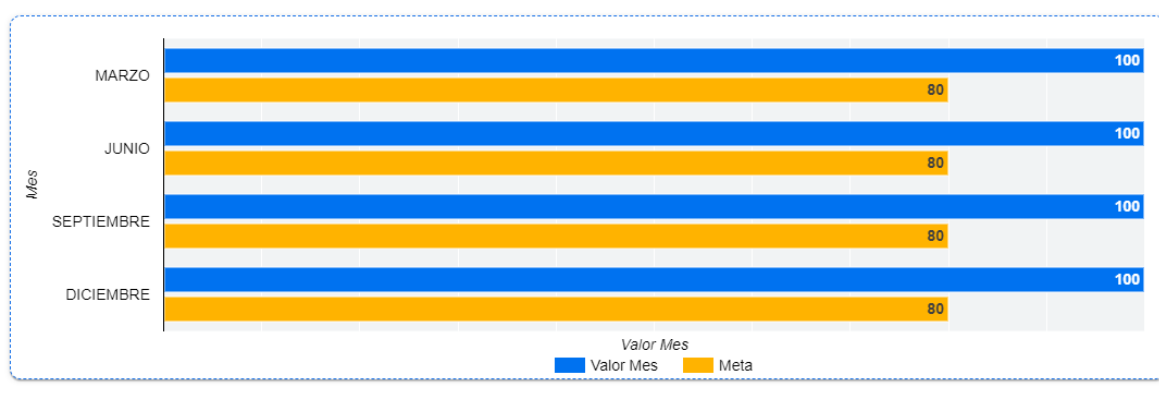


Ilustración IV

8.3 Estrategia de transformación hacia una infraestructura humanizada:

8.3.1 Ejecución de cronograma anual del programa

Para el año 2024 en el proceso de ejecución del programa de ambiente físico para una infraestructura humanizada, se desarrollaron las diferentes actividades programadas según el plan propuesto y avalado, lo cual se ve reflejado en su cumplimiento al 100%.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Para el primer semestre, se realiza la dotación de mobiliario nuevo y novedoso para recrear a pacientes y acompañantes ambientes armónicos, cumpliendo al 100%

Para el segundo semestre, se continua con la realización de la programación de actividades y se deja plasmado en formato CRONOGRAMA HUMANIZACION DE AMBIENTES FISICOS INTERNOS

Se realizan para este semestre la dotación de adecuación de zonas verdes con mobiliario (mesas sillas y parasoles) para la toma de alimentos para los colaboradores.

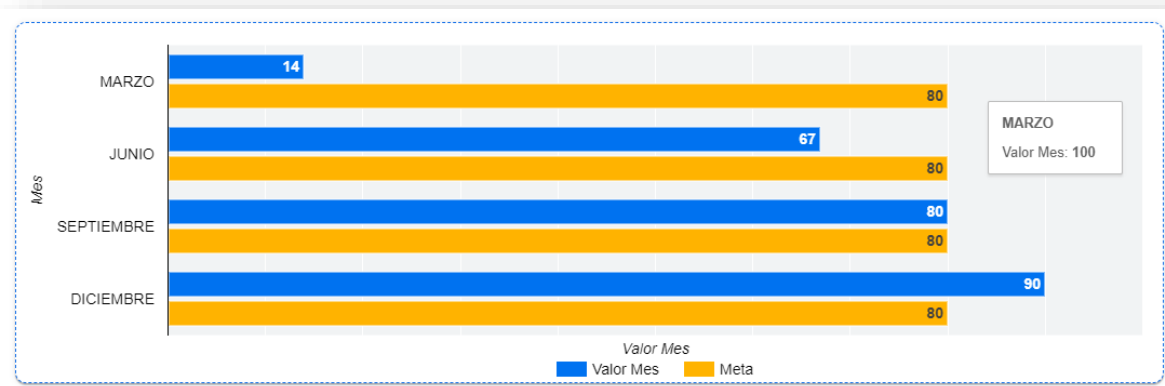
la realización de comités de humanización, calidad, infraestructura y mantenimiento, donde se evalúan, detectan y planean puntos estratégicos para la ubicación y desarrollo de todas las actividades propuestas en cronograma.

Pendientes para el presente periodo, el tema de mesas y sillas en concreto, al igual que readecuación de salas de espera o descanso para los servicios de hospitalización que persiste desde el tercer trimestre. y que finalmente para el año 2024 no se pudieron realizar y quedaron priorizadas para cronograma del año 2025, lo anterior por disponibilidad presupuestal y priorización de otras actividades.

9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN.

9.1 Programa de Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación:

9.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa:



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El objetivo del análisis El porcentaje de cumplimiento frente a las actividades completadas con respecto al plan inicial es del 90%, es importante resaltar que en lo corrido de los últimos 6 meses se logró estructurar el proceso de investigación institucional, resultados obtenidos a metas propuestas generando las bases para iniciar, divulgar y fortalecer un proceso previamente inexistente Se evidencia en la gestión documental, reportes intermedios de investigación.

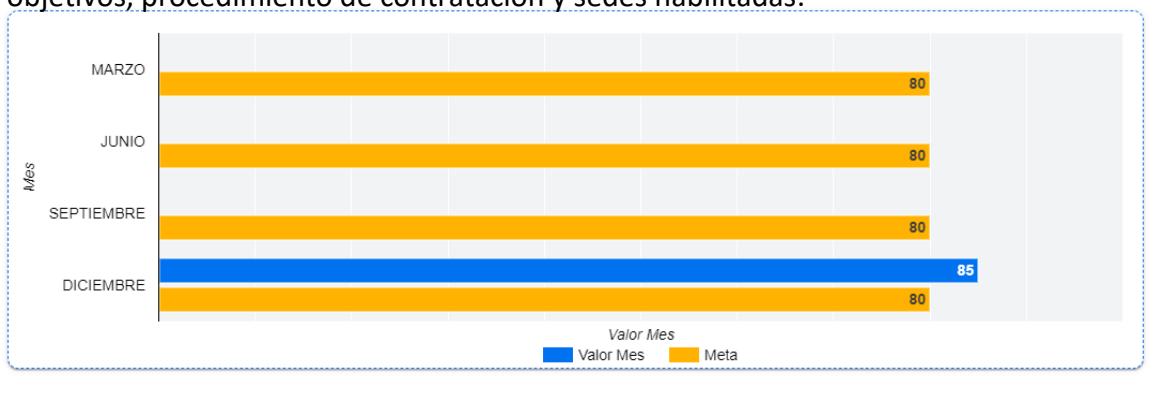
Dentro de los retrasos identificados en este periodo se encuentra el desconocimiento de los procesos institucionales por parte del equipo de investigación la ausencia de materiales e insumos para el desarrollo de actividades. En cuanto a los resultados científicos es importante el reconocimiento de dos publicaciones literarias que están pendientes por parte de la editorial.

10. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EFICIENTE.

10.1 Plan de mercadeo estratégico:

10.1.1 Ejecución de cronograma anual del programa

Durante la vigencia del año 2024 se realizaron 25 acciones de capacitación de portafolio de servicios al cliente interno y externo, dando cumplimiento a la meta programada para el periodo dentro de las acciones realizadas se encontraron cups, socialización de tarifas de medicamentos, oferta integral de atención, líneas y canales de atención, misión y visión objetivos, procedimiento de contratación y sedes habilitadas.



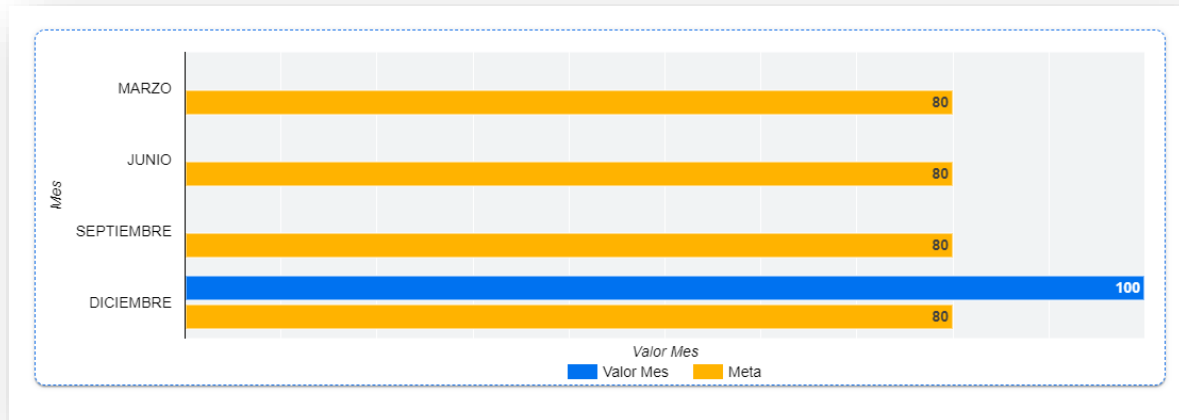
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Como resultados de la diferentes, socialización a las diferentes EAPB y entidades promotoras de salud del sector público y privado se logró un resultado de contratación de 35 relaciones contractuales con las nuevas tarifas y acuerdos institucionales lo cual evidencia un cumplimiento significativo en los indicadores implementados para la vigencia.

Se cuenta con 6 contratos de monto fijo a los cuales se les hace seguimiento de ejecución cada mes en los comités de cartera establecidos por la gerencia del HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA dando cumplimiento a lo que se establece en el indicador, con el objetivo de no sobre ejecutar presupuesto.

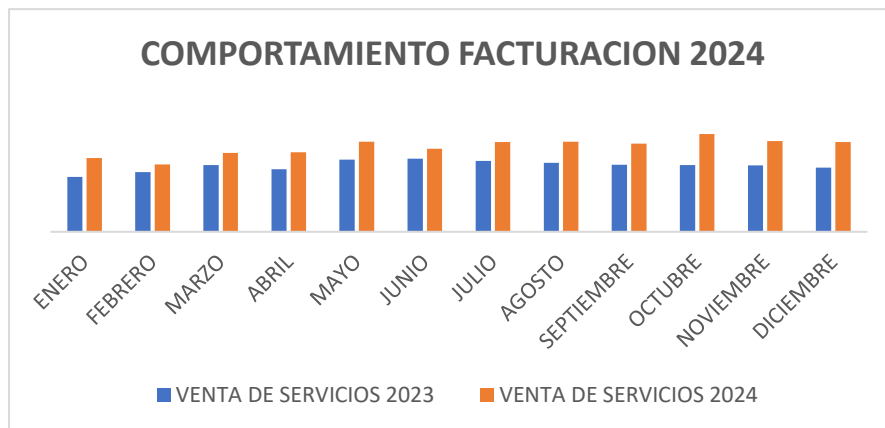
10.2 Programa de facturación eficiente:

10.2.1 Adherencia al Programa de facturación eficiente



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El programa de facturación eficiente cumple sus actividades a un 100%, con fechas de alistamiento de facturas al área de Radicación de las diferentes EAPB, se envía a cada área responsable del proceso y así tener en cuenta los tiempos de radicar a las plataformas de cada EAPB.



Fuente: Programa de Facturación Eficiente HRD

Evidencias recolectadas en el año de medición 2024 vs 2023 según reconocimiento de la vigencia enviada por el área de presupuesto, dando cumplimiento a la meta establecida para el indicador trazado.

10.2.2 Glosa final menor al 3%:

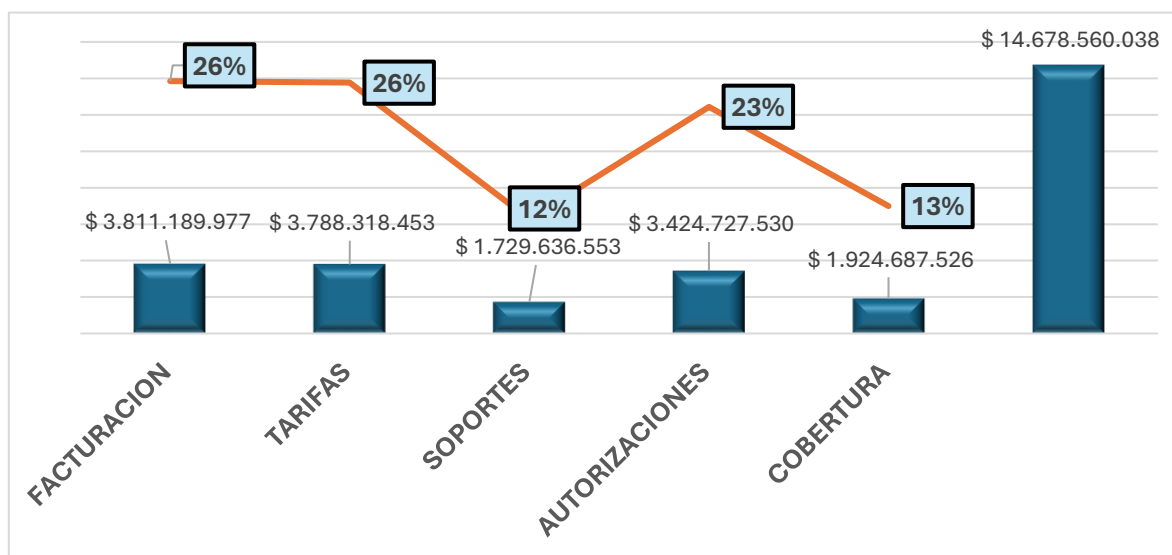
Para el año 2024 se recibe una glosa por valor de \$18.782.549.105 de la cual la tipificación de la glosa corresponde a:

TIPIFICACION DE GLOSA	VALOR OBJETADO	% DE OBJECCION DEL TOTAL DE LA GLOSA REPORTADA
GLOSA ADMINISTRATIVA	\$4.678.560.038	78%
GLOSA PERTINENCIA	\$ 4.103.989.067	22%
TOTAL, GLOSA	\$18.782.549.105	

Fuente: Programa de Cuentas Medicas

Glosa administrativa para el año 2024 corresponde al 78 % sobre el total de la glosa recibida de la vigencia.

Con respecto a la glosa tipificación de la glosa encontramos los siguientes valores:



Fuente: Programa de Cuentas Medicas

Se observa que el porcentaje mayor por esta causal corresponde al ítem de facturación y de tarifas, esto se identificó dentro del proceso por malas prácticas de las aseguradoras en cuanto a legalización de contratos que generan este tipo de glosas administrativas.

Dato que se presentó en comité de cartera y se realizó reunión de retroalimentación con líderes de los procesos de mercadeo, facturación, autorizaciones, preauditoria y auditoria con el fin de dar a conocer el contrato vigente con las entidades y se desarrolló matriz de contratación vigente como plan de mejora para poder mitigar este tipo de glosa.

En cuanto a la aceptación de la glosa reportada con respecto a las conciliaciones que se realizaron en la vigencia se tiene que:

VIGENCIA	Suma de Valor Objeción	Suma de Valor Aceptado	% de aceptación/ glosa	valor total facturado 2024	% aceptación
2024	\$18.782.549.105	\$ 549.645.636	3%	\$121.599.747.578	1%

Fuente: Programa de Cuentas Medicas

La aceptación de la vigencia 2024 con respecto a la glosa reportada corresponde al 3 % y en glosa final, con respecto al valor de la facturación tenemos 1 %, dando cumplimiento al indicador de aceptación, sin embargo, para tener en cuenta este valor es de acuerdo a las respuestas iniciales de glosa y a las conciliaciones realizadas en la vigencia, teniendo en cuenta que hay aseguradoras bajo medida de intervención y no se han definido conciliaciones.

10.3 Programa de recaudo efectivo:

Es importante indicar que la ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ha propendido por el cobro en términos de la cartera adeudada por las diferentes EAPB, realizando gestiones desde las diferentes dependencias de la ESE, tales como:

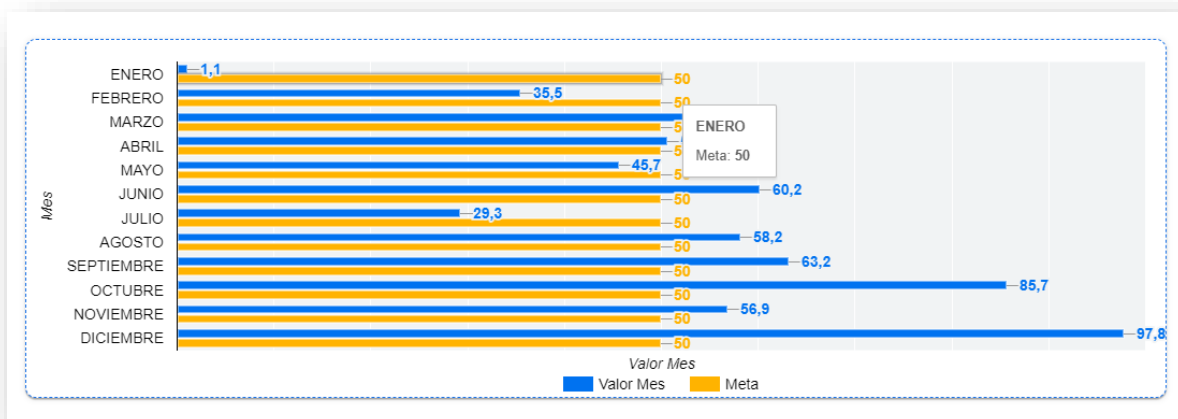
- Mesas de trabajo con la diferentes EAPBS, siendo la Nueva EPS la EAPB nuestro mayor acreedor, para lo cual se llevó a cabo una mesa de trabajo el día 16 de diciembre dando como resultado un giró en este mismo mes de \$ 6.704.790.853.

- La Oficina de Cartera, una vez depurada la cartera, realiza requerimientos periódicos a las diferentes EAPBs, solicitando el pago de las facturas radicadas priorizando las facturas más antiguas, así evitar objeciones a las mismas por prescripción, estas actuaciones quedan registradas en la documentación que maneja dicha dependencia, dejando constancia de las acciones de cobro a las mismas.

Además de lo anterior, es pertinente indicar que se realizan mesas de conciliación según Circular 30 con las EAPBs, actuando como garante la Secretaria de Salud de Boyacá.

Igualmente se ha realizado solicitud de conciliación extrajudicial ante la Superintendencia Nacional de Salud con las EAPBs que omiten los cobros persuasivos, con algunas de ellas se realiza acuerdo de pago, el cual presta merito ejecutivo.

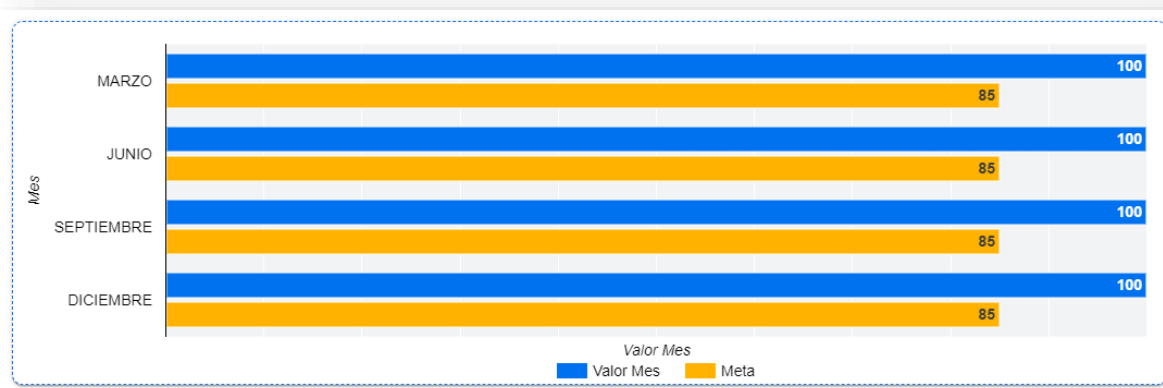
10.3.1 Porcentaje de recaudo efectivo



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de cumplimiento de recaudo de la vigencia actual corresponde a un 55% para el año 2024 y el recaudo total para el año 2024 incluyendo vigencia anterior fue de \$101.752.621.126, superando al del año 2023 que fue por valor de \$ 73.777.872.643, lo que demuestra que la gestión de cartera aumentó.

10.3.2 Porcentaje de Gestión del Cobro

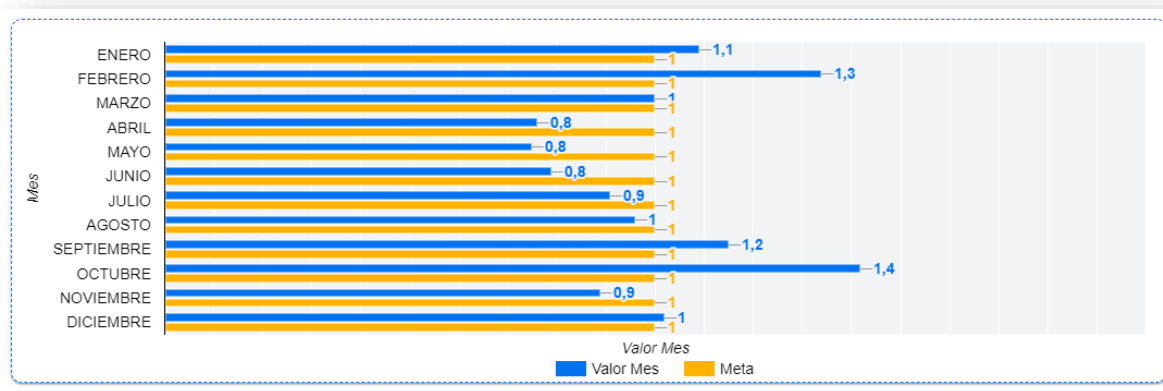


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El porcentaje de cumplimiento de gestión de cobro es del 100% ya que a todas las EAPBs se les llevo a cabo cobro de cartera n su totalidad, con actas de conciliación de las mismas y cruces de cartera.

10.4 Gestión presupuestal:

10.4.1 Resultado equilibrio presupuestal con recaudo

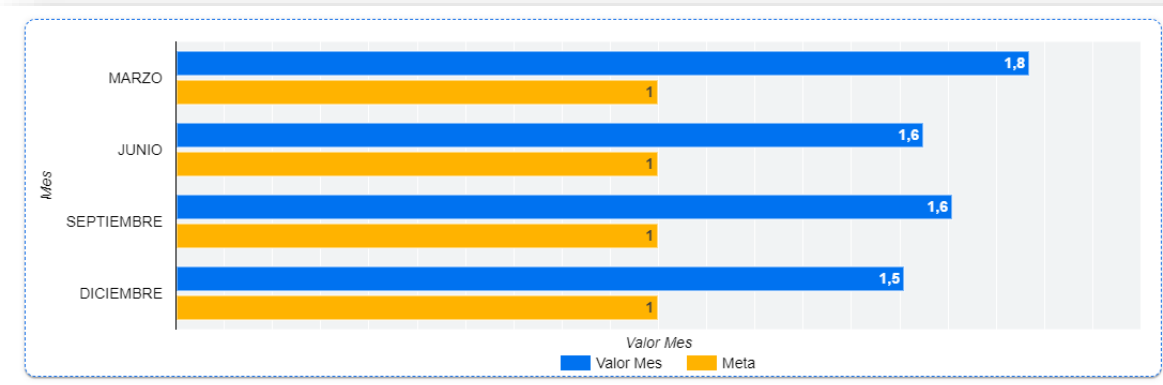


Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El total de recaudo en la vigencia (incluye cxc de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos totales comprometidos (incluye cxc de vigencias anteriores)

Por cada peso del gasto comprometido en el mes de diciembre de 2024 existe 0.6 de ingresos recaudado incluyendo las cxc de vigencias anteriores lo cual no garantiza el pago de la totalidad del total de las obligaciones radicadas en tesorería en el mes, toda vez que en este mes se radican el total de las cuentas por pagar de la vigencia 2024.

10.4.2 Resultado equilibrio presupuestal con reconocimiento



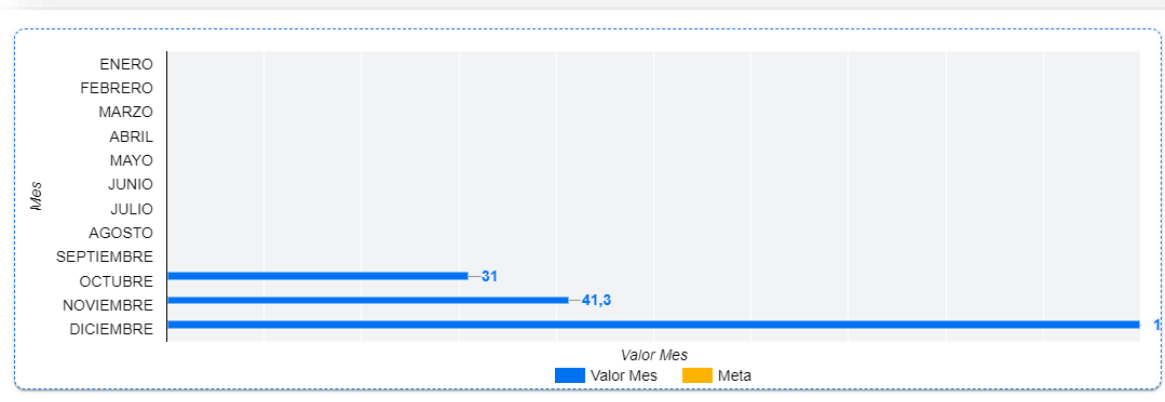
Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Total reconocido en la vigencia (incluye cxc de vigencias anteriores) -disponibilidad inicial/ valor de la ejecución de gastos totales comprometidos (incluye cxc de vigencias anteriores) Por cada peso del gasto comprometido en el trimestre octubre a diciembre de 2024 existe 1. de ingresos reconocido incluyendo las cxc de vigencias anteriores lo cual garantiza el pago de la totalidad de las obligaciones radicadas en tesorería en el mes, toda vez que existe un aumento por el reconocimiento en la facturación de vigencias anteriores lo que permite una operación normal del ejercicio.

10.5 Programa de gestión de costos:

10.5.1 Ejecución de cronograma anual del programa

Se documentó el sistema de costos, mediante la resolución No. 183 del 20 de diciembre de 2024, se estableció y adoptó la política de gestión de costos hospitalarios. Su objetivo se centró en optimizar la asignación de recursos y la gestión de los costos de la ESE Hospital Regional de Duitama, con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera, la calidad y accesibilidad de los servicios de salud, la ampliación del portafolio de servicios y el crecimiento y desarrollo institucional. Posteriormente, se proyectó el programa de Gestión de Costos Hospitalarios. Su alcance está enfocado en dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la política de gestión de costos y en el desarrollo de sus líneas estratégicas, donde se ha logrado implementar mediante el enfoque de procesos “un sistema de gestión de recursos” definiendo adecuadamente la estructura de los centros de costos, y los costos drivers. Se fortaleció la información financiera de la ESE Hospital Regional de Duitama, adoptando la aplicación de la metodología del costeo basado en actividades ABC, siendo esta la sugerida en el marco de referencia para la implementación del sistema de costos para entidades públicas de la contaduría general de la nación, la ley 100 y demás normatividad aplicable.



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

Dentro de sus recursos tecnológicos, desde el subproceso de costos hospitalarios se diseñó y desarrollo un aplicativo de costos, que permite apoyar el procedimiento de distribuciones de costos de manera mensual, de los diferentes recursos clasificados dentro de mano de obra y costos indirectos, generando los insumos necesarios para realizar el procedimiento de causaciones contables de la institución, y así generar la información necesaria para la consolidación de los estados financieros.

Se apoyó a la subgerencia científica y al plan de mercadeo con la proyección de la información de costos, enfocada con la identificación y cubriendo las necesidades de salud que no se encuentran contempladas en el manual tarifario SOAT, con énfasis en los grupos más vulnerables que buscan recibir atención y tratamiento oportuno y de calidad. Desde el programa de costos se identificaron los costos asociados, se diseñaron los recursos tecnológicos mediante la formulación y sistematización de tarjetas de costos, se estimaron los costos y se monitorearon mediante el apoyo de subgerencia científica.

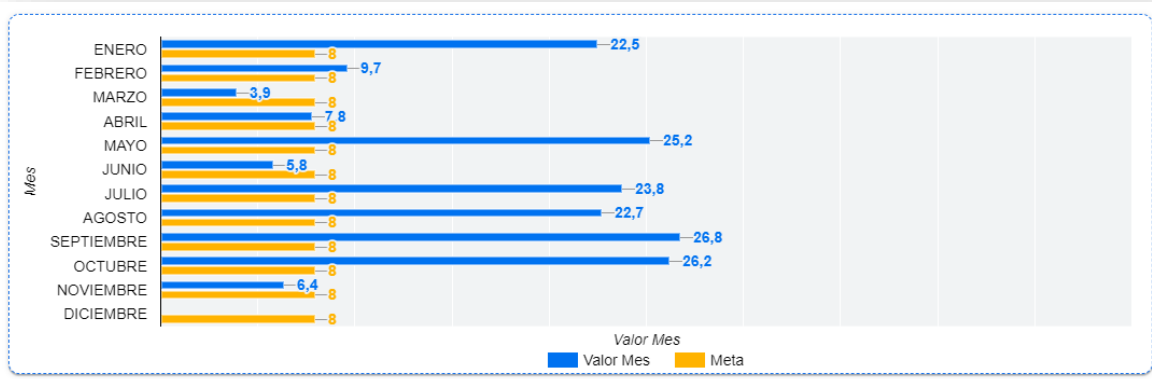
Se definieron los indicadores que permiten realizar el seguimiento de la implementación del programa de gestión de costos y que se manejaran desde el subproceso de costos, tales como; a) Ingresos totales por objetos de costos, b) costos totales por objetos de costos, c) utilidad o pérdida por objetos de costos, d) porcentaje de recursos utilizados por objetos de costos, e) costos por día de estancia, f) costo por paciente hospitalizado, entre otros.

Por último, se socializó el programa de costos en el comité de gestión y desempeño del 30 de diciembre de 2024.

10.5.2 Margen de utilidad neta institucional

El margen de utilidad neta es un indicador financiero que muestra el porcentaje de ganancias que una entidad obtiene después de pagar sus gastos e impuestos. Es una herramienta útil para analizar la rentabilidad de una empresa y cómo administra sus gastos. La fórmula que se utiliza para calcular el margen de utilidad neta en la ESE Hospital Regional de Duitama es la siguiente:

$$\text{Margen de Utilidad Neta} = \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Ventas de Servicios} + \text{Transferencias y Subvenciones} + \text{Otros Ingresos}}$$



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

El margen de utilidad neta institucional del Hospital Regional de Duitama se describe a continuación:

-Trimestre I. El margen de utilidad neta de la ESE Hospital Regional de Duitama durante el primer trimestre de 2024 fue bueno, donde, por cada 100 pesos de ingresos totales generados por ventas de servicios de salud, y de otros ingresos se generó una utilidad neta de 11,89 pesos, no obstante, pueden ser mejor. En enero se obtuvo una utilidad neta del 22,49%, en febrero disminuyó a 9,66% y en marzo descendió hasta 3,91%. Se generó 2.649 millones de pesos por ventas por servicios de salud durante el primer trimestre de 2024 lo que representa el 96,3% de los ingresos totales, tuvo unos costos asociados con las ventas de servicios de salud por valor de 19.203 millones de pesos generando una utilidad bruta del 26,49%. Los gastos administrativos tuvieron una tendencia de aumento, es decir que mes a mes los gastos de apoyo se incrementaron en promedio en 32,2%, donde los rubros que representaron mayor incremento se encontraron en los costos indirectos del servicio principalmente en mantenimiento de obra hospitalaria, y remuneración por servicios técnicos administrativo.

-Trimestre II. El margen de utilidad neta de la ESE Hospital Regional de Duitama durante el segundo trimestre de 2024 fue bueno, donde, por cada 100 pesos de ingresos totales generados por ventas de servicios de salud, de otros ingresos y en menor medida de transferencias y subvenciones, generó una utilidad neta de 13,37 pesos. En el segundo trimestre se logró mejorar la gestión y el control sobre todo en lo relacionado con gastos de mano de obra administrativa, se evidenció que el valor de horas extras administrativas se había disparado.

-Trimestre III. El margen de utilidad neta de la ESE Hospital Regional de Duitama durante el tercer trimestre de 2024 fue excelente, donde, por cada 100 pesos de ingresos totales generados por ventas de servicios de salud, de otros ingresos y sin transferencias y subvenciones, generó una utilidad neta de 24,48 pesos. Los ingresos por ventas de servicios de salud fueron \$32.480 millones de pesos, sus costos se mantuvieron controlados aumentando ligeramente en un 1,1%. Se logró reducir un poco el gasto administrativo en -1,2%, el deterioro, depreciaciones y amortizaciones disminuyó bastante con respecto al trimestre anterior en casi el -60%. Se logró una gestión muy importante con respecto a los otros ingresos, específicamente con los rendimientos financieros y sobre todo por los

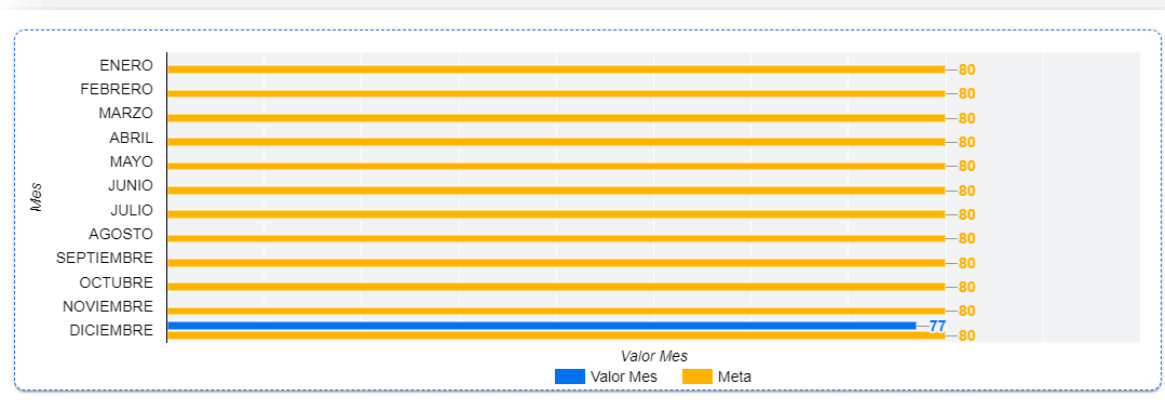
aprovechamientos de inventarios. La utilidad neta durante el tercer trimestre de 2024 fue 8.464 millones de pesos. La gestión de la alta gerencia, sus subgerentes y su equipo colaborador ha sido sobresaliente, a septiembre de 2024 su margen de utilidad neta promedio fue de 16,46 con tendencia a mejorar.

-Trimestre IV. El margen de utilidad neta de la ESE Hospital Regional de Duitama durante lo que va del cuarto trimestre de 2024 correspondiente a los resultados de octubre y noviembre a falta de diciembre ha sido bueno, donde, por cada 100 pesos de ingresos totales generados por ventas.

Si se continua con estos excelentes resultados y se logra mantener el control tanto de los costos como de los gastos, se podría lograr una utilidad neta al finalizar la vigencia superior a 21.600 millones de pesos, lo que posicionaría el margen de utilidad neta en un rango entre el 15% y el 19.99% demostrando que la gestión realizada en la ESE Hospital Regional de Duitama durante la vigencia 2024 será sobresaliente según los resultados obtenidos del presente indicador, permitiendo que la institución invierta en su crecimiento y desarrollo organizacional en el corto y mediano plazo, una vez se logre recaudar los recursos y generar un flujo óptimo de caja.

10.6 Programa de Gestión del Riesgo de Daño antijurídico:

10.6.1 Ejecución de cronograma anual del programa



Fuente: Tablero de Mando/ Aplicativo ALMERA

En cuanto al Programa de Gestión de Riesgo del Daño Antijurídico se realizaron capacitaciones al personal que ingresó a la entidad, se llevó a cabo el reporte de la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF, igualmente se realizó verificación de las funciones del oficial de cumplimiento, se socializo en junta directiva el perfil que debía cumplir el oficial.

De conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 2220 de 2022, el comité de conciliación sesionó en 12 ocasiones, de las cuales todas fueron de carácter ordinario. De este modo, se levantaron las actas correspondientes, las cuales se encuentran impresas y debidamente firmadas por presidente y secretario, cumpliendo con lo establecido en el numeral 1 del artículo 121 de la ley 2220 de 2022. Teniendo en cuenta las normas que motivan la utilización de medios virtuales y buscando optimizar los recursos tecnológicos, las reuniones se realizaron de manera mixta (presencial y/o virtual en plataforma meet), quedando constancia de cada una de las citaciones en los correos de los miembros que conforman el comité.

10.7 Programa de gestión del riesgo SARLAFT Y SICOF:

10.7.1 Eficacia de los Controles Establecidos para la Gestión del Riesgo Institucional.

En atención a las instrucciones enunciadas en la Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud y modificatorios, la implementación de los sistemas SARLAFT/PADM Y SICOF se encuentra en proceso, el cual para la vigencia del 2025 se continuará con la proposición de un plan de trabajo de los sistemas, así como con el diseño y creación de un mapa de riesgos que contemplen estos riesgos, plan de capacitaciones vigencia 2025.

De los avances surtidos en la vigencia 2024 se logra observar: Que se cuenta como debida diligencia dentro del sistema SARLAFT/PADM con formato HRD-PE-DG-MA-03-FO-01HRD-PE-DG-MA-03-FO-01 FORMATO SARLAFT-FPADM (Formulario Único de Conocimiento), el cual permite conocer a las contrapartes que se relacionen con la entidad.

Se cuenta con clausula contractual dentro de las minutas contractuales suscritas con las contrapartes de la entidad, además se elaboró la HOJA DE RUTA PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CUIDADANO 2024 el cual se pretende articular con el manual HRD-PE-DG-MA-05MANUAL PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE.

Otros avances que se evidencian corresponden a capacitación al Oficial de cumplimiento SARLAFT/PADM y algunos contratistas.

De otra parte, se elevaron consultas en listas restrictivas en plataformas de la ONU y OFAC del personal que hace parte del Hospital.

El hospital cuenta con un mapa de riesgos SICOF alineado con los Riesgos Administrativos DAFP los cuales constan de 24 riesgos de corrupción, en riesgo inherente el 68.75% se encuentran en zona moderada, el 6.3% se encuentra en zona alta y el 25% se encuentra en zona alta, en extremo 25.00

CONCLUSIONES

- En el año 2024 se formula el Plan Estratégico Institucional “*Sembrando Futuro en Salud 2024-2027*” con el acompañamiento de Gerencia, Subgerencias, líderes y colaboradores enmarcado en proceso de acreditación para el ESE Hospital Regional de Duitama y se evidencia el cumplimiento de las actividades propuestas en los Planes Operativos Anuales. Durante la vigencia se fortalece la gestión institucional implementando nuevos programas, fortaleciendo la gestión documental, creando indicadores que permiten identificar nuevas mejoras en los procesos, realizando inversiones para la ampliación de nuevos servicios con estándares de calidad.
- Los indicadores establecidos para la vigencia en el Plan Estratégico Institucional “*Sembrando Futuro en Salud 2024-2027*” obtuvieron un resultado positivo y cumplieron con las metas definidas, reflejando el compromiso de todo el Talento Humano con el Hospital y sus pacientes, promoviendo la mejora continua de los procesos.
- Se realizan inversiones importantes en infraestructura y equipos de dotación biomédica, para el mejoramiento en la prestación de servicios se realiza una inversión para la dotación de equipos biomédicos por un valor \$3.633.504.544 y para mantenimiento a equipo biomédico, infraestructura, mobiliario y equipo industrial a sistemas por un valor de \$4.400.189.576.
- La ESE Hospital Regional Duitama avanza de forma constante y decidida en el proceso de acreditación, siendo importante destacar que para la vigencia 2024 se visibiliza este compromiso a través de trabajo articulado con entidad asesora en dicho proceso, la Organización para la Excelencia en Salud, permitiendo validar los avances que hasta el momento tiene la entidad y redireccionar en enfoque hacia el valor superior requerido por la entidad verificadora. Alianza estratégica que ha permitido fortalecer las competencias de equipo de trabajo, avanzar en la orientación correcta de programas y planes de trabajo e impactar en una mayor calidad en la prestación de servicios y satisfacción del usuario.
- El Hospital Regional de Duitama se fortalece con nuevos servicios de alta complejidad reconocidos por la Secretaria de Salud de Boyacá, tales como: urgencias, hospitalización adultos, hospitalización pediatría, cirugía gastro intestinal, cirugía pediátrica, cirugía vascular, infectología en total son dos las instituciones que brindan servicios de esta complejidad, siendo el Hospital Regional de Duitama uno

de ellos, para entregar lo mejor en servicios de salud y con el fin de beneficiar la salud de los Boyacenses.

- Debido a la coyuntura que presenta actualmente el sistema de salud de las EPS intervenidas, el Hospital a realizado un fortalecimiento de sus finanzas en la mejora presupuestal pese a que más del 70% de los asegurados que toman servicios en esta institución se encuentran intervenidas y según las políticas no se pueden hacer cargo de la cartera desde antes de la intervención del gobierno nacional y eso pone en gran riesgo la cartera que la entidad pretendía perseguir de las EPS, pese a esas circunstancias el Hospital Regional de Duitama a tenido solides financiera para pagar todos sus pasivos y manejar los recursos de manera eficiente.

Cordialmente,



JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIÉRREZ

Gerente ESE Hospital Regional de Duitama



ESE
Hospital
Regional de Duitama

● ● ● ●
Sembrando Futuro en Salud

📍 Avenida de las Américas Carrera 35
Duitama, Boyacá

☎ Tel: (608)7632323

🌐 Sitio web: <https://www.hrd.gov.co/>

✉ Correo electrónico:
contactenos@hrd.gov.co