 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5	GESTION DE CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 1

Popayán, Marzo 15 de 2019

Señores:
 JUNTA DIRECTIVA
 Hospital Universitario San José
 Popayán

Ref: Informe Calificación Plan de Gestión 2018.


Cordial saludo:

Dentro de las funciones de la oficina de control, está la de verificación en la entrega de los informes que cada una de las oficinas, áreas o servicios, entreguen a la Alta dirección, y a los entes de control de los departamentos administrativos que los soliciten, en los formatos y plazos estipulados para ello.

Por lo anterior, y con respecto al informe del asunto, la oficina de Control Interno del Hospital Universitario San José ESE, recibió el jueves 14 de marzo de 2019, por parte de la oficina de Planeación, el informe de Calificación del Plan de Gestión de 2018, siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 408 de 2017, con las respectivas evidencias, por lo que esta oficina solo tomara los ítems, que esta oficina haya verificado en los distintos informes de seguimientos realizados por el personal de apoyo a las auditorías asistenciales que presentaron en la vigencia del 2018, así:

Según información remitida por el área de Calidad, Durante el 2018 se realizó ejecución, socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, generando el siguiente cumplimiento:

Las actividades cumplidas corresponden al 95%, actividades en desarrollo el 0.3% y atrasadas el 4.7%.


 HOSPITAL UNIVERSITARIO
 SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.
 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
 FECHA: 15/3/19. HORA: 2:40pm
 FIRMA: Nana L. Carrón

PAMEC 2018	enero - diciembre 2018				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	126	122	1	3	96,8%
Direccionamiento	33	33	0	0	100,0%
Gerencia	23	21	0	2	91,3%
Mejoramiento	5	5	0	0	100,0%
Gestión de tecnología	19	17	0	2	89,5%
Gestión del ambiente físico	35	32	0	3	91,4%
Talento Humano	30	29	0	1	96,7%
Gerencia de la información	27	23	0	4	85,2%
Total	298	282	1	15	95%

Durante la vigencia 2018 las actividades ejecutadas del PAMEC Asistencial fueron:

Implementar nuevas tecnologías de la información: televisión programada, computadores en idioma inglés y dialectos sobre material educativo referente a deberes y derechos
Socializar los deberes y derechos al personal de la institución
Documentar las necesidades de investigación institucional concertada con los coordinadores de servicios
Elaborar lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos
Aplicar lista de chequeo para verificar el cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos
Socializar los resultados de la lista de chequeo del cumplimiento de los colaboradores a los deberes y derechos en reunión de II nivel
Publicar los deberes y derechos actualizados en los servicios
Actualizar política de seguridad del paciente que incluya el mecanismo de evaluación de la misma y la identificación de riesgos por servicios
Socializar la política actualizada y el programa de seguridad del paciente
Medir la cultura de seguridad del paciente
Realizar reunión con líderes y coordinadores para decidir la práctica más exitosa como plan de mejora para los eventos más frecuentes
Parametrizar el módulo Daruma para la gestión de los eventos clínicos
Socializar el módulo Daruma a los colaboradores de la organización
Realizar encuentro interinstitucional de seguridad del paciente
Incluir en el programa de seguridad del paciente la búsqueda activa de eventos clínicos
Elaborar una herramienta para el reporte de eventos por búsqueda activa
Medir la incidencia de la búsqueda activa de los eventos clínicos
Elaborar una herramienta que permita realizar el seguimiento a eventos adversos
Adoptar los paquetes instruccionales de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente: cirugía segura, prevención de IAAS, involucramiento de la familia en el autocuidado de su seguridad, prevenir el cansancio del personal de salud
realizar semana de la seguridad del paciente
Socializar los riesgos específicos de procesos
Realizar seguimiento al cumplimiento del manual de bioseguridad institucional
Medir el proceso de dispensación segura de medicamentos
Evaluar la adherencia a la guía del uso racional de antibióticos pediátricos
Medir la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución

Evaluar la adherencia al procedimiento de cirugía segura: preoperatorio, antes de incidir al paciente, intraoperatorio, pos operatorio.
Realizar campaña de marcación del sitio operatorio
Realizar talleres de prácticas seguras
Realizar jornada de capacitación en programas de vigilancia institucional
Evaluar la adherencia a la guía para la atención prioritaria de la gestante
Evaluar la adherencia a la guía de atención de la gestante durante el periodo prenatal, el parto y el posparto,
Socializar el indicador y análisis de la demanda insatisfecha
Actualizar el formato de identificación de barreras de acceso
Identificar las barreras de acceso de los servicios asistenciales
Socializar los hallazgos de barreras de acceso en reunión a subgerencia científica
Socializar los resultados de los indicadores al subgerente científico
Realizar listado de procedimientos más frecuentes en cirugía y endoscopia que requieren preparación previa del paciente
Diseñar guías rápidas de preparación previa de los pacientes para las intervenciones más frecuentes realizadas en cirugía y endoscopia
Socializar guías rápidas de preparación previa de los pacientes y listas de verificación
Actualizar el formato de guías de tal manera que incluya la educación al paciente y su familia de acuerdo a la patología
Diseñar protocolo de entrega de información al paciente después de la cirugía
Socializar a los especialistas el protocolo de entrega de información después de la cirugía
verificar adherencia a la entrega de información al paciente después de la cirugía
Conformar y operativizar el comité IAMI
Capacitar al personal asistencial de pediatría, gineco y neonatos en la estrategia IAMI
Realizar la autoevaluación de la estrategia IAMI
Realizar el plan de trabajo con base en los hallazgos de la autoevaluación de la estrategia IAMI
Elaborar material educativo sobre la estrategia IAMI
Determinar patologías a intervenir en promoción y prevención según perfil epidemiológico
Socializar las patologías a intervenir en promoción y prevención identificadas en el perfil epidemiológico
Definir las estrategias de intervención en promoción y prevención en la primera causa identificada en perfil epidemiológico
Gestionar la creación de una alarma en DGH de aislamiento
Realizar capacitación al personal asistencial sobre aislamientos
Crear la guía de uso racional de antibióticos pediátrico
Socializar la guía de uso racional de antibióticos pediátrico
Documentar en un procedimiento la priorización de pacientes en la atención en el servicio de imágenes diagnósticas
Actualizar el procedimiento institucional de HIV institucional para la realización del consentimiento informado, pre test y post test
Socializar el procedimiento institucional de HIV institucional para la realización del consentimiento informado, pre test y post test
Gestionar la capacitación y certificación progresiva de los Profesionales en asesoría pre y pos test VIH iniciando en los procesos asistenciales donde se evidencia mayor frecuencia en la toma del examen
Documentar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos

Socializar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
Evaluar la adherencia al procedimiento de entrega de resultados para las muestras patológicas, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
Evaluar la adherencia del procedimiento de la entrega de los resultados críticos y de consulta externa para imágenes diagnósticas
Documentar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnósticas por parte del profesional médico solicitante
Socializar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnósticas por parte del profesional médico solicitante
Evaluar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnósticas por parte del profesional médico solicitante
Socializar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas fijadas inadecuadamente en el servicio de cirugía
Evaluar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas fijadas inadecuadamente en el servicio de cirugía
Educar a las madres sobre lactancia materna de forma exclusiva hasta 6 meses y complementaria hasta 2 años
Socializar el registro en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención al personal médico
Incluir en el aplicativo de monitorización de historias clínicas, el ítem de evaluación del diligenciamiento en el plan de manejo externo, la remisión a programas de promoción y prevención
Evaluar en la monitorización de historia clínica, el registro en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención
Actualizar el manual de promoción y prevención institucional con base en las patologías a intervenir según perfil epidemiológico
Actualizar el consentimiento informado por cada uno de los procedimientos a realizar incluyendo alternativas, beneficios y riesgos
Realizar jornada de sensibilización a especialistas sobre la importancia del consentimiento informado y la seguridad del paciente
Actualizar los procedimientos de humanización
Documentar programa de humanización
Socializar el programa de humanización
Definir riesgos en humanización y estrategias para prevenirlos
Implementar mecanismos de preferencias de comida para los pacientes
Realizar directorio de pastores y sacerdotes
Socializar directorio de pastores y sacerdotes en los servicios
Realizar capacitaciones al personal asistencial en habilidades para la transmisión de información dolorosa
Realizar el procedimiento de conformación de voluntarios del hospital San José
Realizar perfil sociodemográfico del hospital San José.
Realizar un diagnóstico de privacidad, confidencialidad y humanización del ambiente físico
Definir las estrategias de intervención de acuerdo a los resultados del perfil sociodemográfico
Realizar un diagnóstico de creencias y condiciones especiales de las comunidades que atendemos
Documentar el procedimiento de alfabetización de los estudiantes en el hospital San José

Realizar solicitud de adecuación de la sala de morgue como sala de paz.
Realizar proyecto de biblioteca rodante como estrategia lúdicas a pacientes niños y adultos
Realizar rondas de verificación de los lineamientos de la política de humanización
Solicitar referenciación para el proceso de humanización en la atención
Actualizar manual de aislamientos hospitalarios
Socializar manual de aislamientos hospitalarios
Evaluar la adherencia manual de aislamientos hospitalarios
Reportar los resultados de los cultivos industrializados de superficie, ambientales y de producto elaborado
Socializar los resultados de los cultivos industrializados de superficie, ambientales y de producto elaborado en comité de infecciones y de farmacia
Elaborar procedimiento de captación de IAS
Retroalimentar al comité de infecciones el indicador de endometritis
Estandarizar lista de medicamentos que contenga efectos colaterales, interacciones, reacciones adversas
Realizar fichas de los medicamentos más frecuentes con estas características
Establecer medidas correctivas frente a desviaciones encontradas en el manejo de los casos de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar
Incluir en la inducción general de médicos la socialización del procedimiento de atención víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar
Realizar jornada de capacitación sobre IVE al personal asistencial
Realizar la construcción de portafolio de servicios incluyendo los servicios diferenciadores de cada especialidad
Organizar material educativo al usuario y su familia en la página web
Definir consultador crónico mediante estudio estadístico
Incluir la atención del consultador crónico en procedimiento de planeación, cuidado y tratamiento
Socializar procedimiento de planeación, cuidado y tratamiento con la inclusión de la atención de paciente consultador crónico
Actualizar el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
Socializar y evaluar al personal médico el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
Gestionar con estadística el cargue en la historia clínica de la contra referencia de los pacientes atendidos en otra institución
Enviar a estadística las contra referencias de los pacientes atendidos a otras instituciones para cargue en historia clínica digital institucional
Documentar el procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas
Socializar y evaluar adherencia del procedimiento de asignación de citas en el servicio de imágenes diagnósticas
Aplicar el instrumento de verificación de la información y educación brindada al paciente en la atención en el laboratorio clínico
Documentar el procedimiento de entrega de resultados para las muestras de imagenología, especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento, con la evidencia de entrega de los mismos
Realizar actualización del procedimiento y el formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico
Socializar el procedimiento y del formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico
Evaluar la adherencia al procedimiento y del formato de entrega de resultados con especificaciones de educación al paciente en el laboratorio clínico

Actualizar el procedimiento de transporte de muestras interinstitucionales

Del PAMEC de Cliente asistencial quedo en desarrollo:

- Actualizar las metas referentes de comparación de los indicadores.
-

Las actividades atrasadas del PAMEC asistencial fueron:

- Evaluar la adherencia de los familiares a lavado de manos y aislamiento
- Diseñar en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención de acuerdo al grupo atareo
- Enviar a las organizaciones encargadas del usuario el manual de promoción y prevención institucional donde se identifican las necesidades y el plan a desarrollar en el Hospital.

Las actividades ejecutadas en el PAMEC DIRECCIONAMIENTO fueron

Realizar biblioteca rodante para fortalecer el buen trato a los pacientes hospitalizados.
Generar informe de las acciones realizadas para la coordinación con los diferentes actores response de la red de prestación de servicios
Incluir en el plan de acción institucional, POD talento humano y planeación la formulación de procedimiento para inclusión de la voz del cliente interno y la responsabilidad institucional frente a colaboradores
Socializar procedimiento para inclusión de la voz del cliente interno y la responsabilidad institucional fr a sus colaboradores en jornada de planeación 2018
Socializar informe de la identificación de necesidades del usuario y su familia en jornada de planea 2018
Ajustar la política de responsabilidad social incluyendo aspectos de interacción con organizaciones del y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
Identificar las principales organizaciones para la cooperación en el desarrollo de un medio ambi saludable
Realizar un plan de acción con las organizaciones para la cooperación en el desarrollo de un m ambiente saludable
Socializar informe de referenciaciones en comité técnico de planeación
Elaborar un procedimiento para medición de: la atención centrada en el usuario y su familia mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y responsabilidad social.
Realizar proyecto de televisores o sonido para las unidades críticas de modo que se pueda impleme estrategias de musicoterapia y relación en los pacientes de estas unidades.
Realizar estrategia de buen trato para los pacientes de cirugía donde se implementara el acompañami de los padres en el quirófano hasta realizar la sedación el niño
Definir dietas especiales para los pacientes en condiciones especiales tales como maternas, madre lactancia y niños.
Realizar actividades de sensibilización de humanización con el personal asistencial.
Realizar proyecto de hotelería y confort.
Realizar la semana de la Humanización.

Realizar impresión de las guías del usuario para cada una de las habitaciones
Realizar mural para la guía del usuario en urgencias
Realizar acrílicos de información de derechos y deberes en todos los servicios.
Actualizar la política de prestación de servicios y calidad
Realizar jornada de actualización en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
Ajustar el modelo de prestación de servicios
Elaborar procedimiento de despliegue de información generada en procesos institucionales a colaboradores
Elaborar plan de educación continua a la junta directiva
Ejecutar el plan de educación continua a la junta
Incluir en los avales de investigación la entrega del artículo en revista indexada
Definir la ruta para el desarrollo de proyectos de investigación en la institución
Ajustar la política de investigación con base en los estándares de acreditación
Socializar informe de las investigaciones realizadas y artículos publicados en el equipo de II nivel
Referenciar el proceso de docencia servicio con institución acreditada líder en el desarrollo como hospital universitario
Incluir en el Plan Operativo por Dependencias docencia servicio la elaboración y seguimiento al Plan de Desarrollo Docente
Formular proyecto de laboratorio de simulación
Definir los criterios para logro de competencias en los procesos asistenciales en la relación docencia servicio
Evaluar la relación docencia-servicio
Socializar los resultados de la evaluación de la relación docencia servicio en el comité de gerencia

Las actividades ejecutadas del PAMEC de gerencia fueron:

Establecer plan de acción con base en los hallazgos de la identificación de necesidades a proveedor procesos internos
Documentar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
Consolidar las necesidades y expectativas de clientes internos, externos y proveedores
Realizar seguimiento al cumplimiento de las necesidades y expectativas de clientes internos, extern proveedores
Garantizar para los líderes de Ginecobstetricia, Neonatos e Internación General los insumos necesarios para realizar las actividades de promoción y prevención.
Realizar la ruta de atención integral para paciente oncológico, riesgo cardiovascular y atención segura gestante
Actualizar modelo de atención con base en PAIS, MIAS, RIAS, MIPG
Socializar en comité de gerencia el modelo de atención actualizado
Actualizar estudio de costos de los servicios del Hospital
Socializar el estudio de costos en el comité financiero
Realizar seguimiento a la metodología de gestión del riesgo basado en normatividad vigente

Actualizar el master de indicadores con datos de referentes ya sean internos, nacionales o internacionales que permitan la comparación con mejores prácticas.
Aprobar y gestionar la implementación del plan de referenciación institucional
Realizar reuniones para promover la interacción de la gerencia con grupos de trabajo en los procesos
Ejecutar estrategias de reconocimiento a la labor de los procesos de la institución.
Actualizar el procedimiento de prevención y control de comportamiento agresivo y abusivo de trabajadores y de los pacientes, sus familias.
Realizar análisis y gestión sobre resultados de indicadores financieros y de todos los procesos de subgerencia administrativa
Documentar el procedimiento de vigilancia y control contratos asistenciales - administrativos y dispositivos no facturables
Socializar el procedimiento de vigilancia y control contratos asistenciales - administrativos y dispositivos no facturables
Reestructurar el proceso de investigación para desarrollo de investigaciones acorde con la complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.
Socializar en equipo de II nivel informe de costo beneficio de docencia servicio

Las actividades atrasadas del PAMEC GERENCIA fueron:

Socializar los resultados de la identificación de necesidades a proveedores y procesos internos e reunión de equipo II nivel
Socializar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativa sus clientes y proveedores.

Las actividades ejecutadas del PAMEC DE MEJORAMIENTO

Elaborar el plan de mejora institucional que incluya oportunidades de mejora identificadas en auditc internas, externas, resultados de indicadores, PAMEC, referenciaciones internas y externas
Realizar nomograma por cada uno de los procesos para definir la auditoría a realizar.
Elaborar la lista de verificación de las auditorías internas
Diseñar un cronograma de auditorías internas
Ejecutar las auditorías internas de acuerdo a la programación

Las actividades desarrolladas del PAMEC DE GESTION DE LA TECNOLOGIA fueron:

Documentar el procedimiento de intervención de infraestructura junto al proceso de adquisición tecnología que incluya la preinstalación
Socializar el procedimiento de intervención de infraestructura junto al proceso de adquisición tecnología que incluya la preinstalación
Incluir en los procedimientos de adquisición de tecnología los procesos de evaluación de impa ambiental (tecnología verde)
Elaborar formato de evaluación de impacto ambiental (tecnología verde) para la adquisición de tecnología y que el formato se adjunte al estudio previo.

Definir criterios y establecer procedimiento de adquisición de tecnología entre los procesos involucrados
Documentar procedimientos específicos para la gestión de infraestructura, equipos industriales y mobiliario.
Actualizar la política de gestión de tecnología incluyendo los lineamientos resultados de la articulación con los procesos de almacén, servicio farmacéutico y sistemas
Actualizar o elaborar los procedimientos de cada lineamiento definido en la política de gestión de tecnología articulado con Almacén, Servicio Farmacéutico, Gestión de tecnología y Sistemas de información.
Socializar la política de gestión de tecnología
Documentar el procedimiento de uso seguro de la tecnología
Gestión con jurídica para la implementación del procedimiento de uso seguro de la tecnología (incluir dentro de cláusulas lo que la institución requiere para uso seguro ejemplo apoyo en entrenamiento)
Revisar el master de indicadores relacionados con procesos de gestión de tecnología para definir la creación, actualización o anulación de los indicadores
Realizar seguimiento a los indicadores del proceso
Actualizar los tiempos de parada de equipos en el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y sistemas de información
Socializar los tiempos de parada de equipos en el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y sistemas de información
Actualizar dentro de la política de gestión de tecnología el lineamiento para la renovación y reposición de tecnología
Socializar la ejecución de las acciones de mejoramiento en equipos de mejoramiento de segundo nivel

Las actividades atrasadas del PAMEC DE GESTION DE LA TECNOLOGIA fueron:

Documentar el proceso de comité de compras
Socializar los indicadores a subgerencia administrativa

Las actividades ejecutadas del PAMEC DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO fueron:

Realizar proyecto para difusión de información importante (plan de emergencia, derechos y deberes de los pacientes, lavado de manos etc) por medio de los televisores que se encuentran actualmente en hospital san José.
Gestionar ante la administración del hospital la adecuación de un lugar que cuente con los elementos necesarios para las reuniones y manejo de emergencias.
Realizar proyecto de dotación de televisores para los pacientes de la internación críticos.
Realizar proyecto de hotelería y confort
Realizar plan de capacitación de manejo seguro del ambiente físico al cliente externo y fortalecer el plan para cliente interno.
Solicitar un evaluador externo (ingeniero de alimentos) para el servicio de alimentación del hospital.
Presentar informe consolidado de los accidentes de trabajo reportados de manera semestral
Socializar a los colaboradores la ruta de reporte de incidentes laborales.

Gestionar la realización de auditoría interna al proceso de seguridad y salud en el trabajo
Solicitar al sindicato encargado de la limpieza y desinfección en los servicios asistenciales del hospital San José la medición por luminometría
Presentar informe de análisis de medición de ATP (luminometría)
Solicitar la consecución de elementos para la medición de ATP dentro del hospital (luminómetro e Hisopos)
Actualizar el manual de reuso
Realizar un cronograma de verificación de adherencia los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte.
Realizar verificación del cumplimiento de los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte de acuerdo al cronograma establecido
Presentar un informe de resultados de la adherencia a los protocolos de almacenamiento de material estéril y su transporte.
Realizar un plan de contingencia en caso de daño de equipos en el proceso de esterilización.
Reportar a subgerencia científica las directrices de uso de ropa hospitalaria (comité de infecciones)
Socializar al personal de lavandería un plan para manejo seguro de ropa hospitalaria (comité de infecciones)
Solicitar a comunicaciones la realización de un video institucional promoviendo la cultura ecológica.
Gestionar construcción de un sistema de tratamiento de las aguas residuales generadas.
Gestionar el tratamiento y la disposición final de los residuos químicos (reactivos)
Realizar cronograma de simulacros por áreas y por eventos.
Presentar informe de simulacros realizados.
Realizar solicitud de requerimientos necesarios para la brigada de emergencia.
Gestionar el diagnóstico y diseño de un sistema de comunicaciones interna o el mejoramiento de la comunicación a través de radios portátiles
Gestionar una red de apoyo con otras instituciones de emergencia.
Elaborar un plan de apoyo entre instituciones de salud en casos de emergencia y desastres.
Elaborar un procedimiento de comunicación formal a las familias después de una emergencia.
Solicitar a la ARL o al cuerpo de bomberos asesoría sobre los códigos aprobados de respuesta a incendios.
Realizar un procedimiento para la realización de procesos de remodelación, reparación y construcciones nuevas donde se incluya la participación de personal de comunicaciones , ingeniería biomédica , seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones
Socializar procedimiento para la realización de procesos de remodelación, reparación y construcciones nuevas donde se incluya la participación de personal de comunicaciones , ingeniería biomédico , seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo, prevención y control de infecciones

Las actividades atrasadas del PAMEC DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO fueron:

Realizar videos con los procesos de seguridad del paciente, humanización, seguridad y salud en el trabajo e infecciones para la divulgación de la información a través de los televisores.

Verificar el cumplimiento del manejo seguro de ropa hospitalaria (lavandería)

Realizar un video institucional de promoción de cultura ecológica.

Las actividades desarrolladas del PAMEC DE TALENTO HUMANO fueron:

Realizar proyecto de creación de plantas temporales

Socializar proyecto de creación de plantas temporales a la Gerencia

Realizar informe del resultado de la creación de plantas temporales

Realizar análisis de cargas laborales de los procesos administrativos

Realizar análisis de riesgos laborales

Consolidar análisis de puestos de trabajo de los colaboradores

Verificar en requisitos de talento humano la existencia de reglamento de contrato sindical de la organización sindical

Participar y realizar informe de rondas de verificación del cumplimiento del proceso de gestión del talento humano de los colaboradores programadas por seguridad del paciente

Realizar reunión con representantes de sindicatos para socializar y coordinar actividades 2018 de gestión del talento humano

Determinar los procedimientos que van a realizar los estudiantes por programa académico

Identificar los elementos de protección personal que deben ser utilizados en la ejecución de procedimientos por los estudiantes

Realizar procedimiento de asignación de personal de acuerdo a demanda del servicio

Socializar el procedimiento de asignación de personal de acuerdo a demanda del servicio, a la organización sindicales

Actualizar el procedimiento de verificación de documentos en las hojas de vida donde se incluya la hoja de ruta

Elaborar el plan anual de capacitación que incluya la participación de la relación docencia servicio

Ejecutar plan de capacitación anual

Realizar seguimiento al cumplimiento de requisitos, credenciales y competencias de personal de planta y contrato

Ejecutar la jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigida a todos los trabajadores de planta y contratistas del Hospital realizando capacitación sobre temas como: Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, Peligro Psicosocial, Peligro Biomecánico, Peligro Biológico, Seguridad Industrial.

Elaborar consentimiento informado para autorizar acceso a registros de la hoja de vida

Realizar propuesta de implementación de prerrogativas ante la subgerencia científica para su aprobación

Actualizar el procedimiento de manejo de historia laboral y procedimiento de manejo de hoja de vida para incluir en ellos el consentimiento informado en caso de requerirse.

Elaborar el procedimiento de comunicaciones internas y externas

Realizar referenciación sobre transformación cultural institucional

Realizar actividades que propendan por el buen trato, cortes y respetuoso de los colaboradores y prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
Realizar actividades que mejoren la calidad de vida del trabajador y su familia (jornadas de salud, deportivas, entre otras) para todo el personal sin distinción de vinculación laboral
Identificar los agentes causales de enfermedad laboral en los trabajadores de planta de la institución y solicitar a los sindicatos enviar las investigaciones realizadas de las enfermedades calificadas como laborales
Gestionar la implementación de actividades deportivas dirigidas a los trabajadores del Hospital
Elaborar el Programa de Pausas Activas
Implementar el Programa de Pausas Activas en todas las áreas del Hospital

Las actividades desarrolladas del PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:

Actualizar la encuesta de necesidades de información de cliente interno
Diseñar una encuesta de necesidades de información para el usuario y su familia durante la atención
Consolidar los resultados de la encuesta de necesidades de información para el usuario y su familia durante la atención
Priorizar las necesidades de información para el usuario y su familia durante la atención identificadas en la encuesta, así como la encuesta de necesidades de cliente interno
Socializar los resultados de las encuestas en equipo mejoramiento nivel II
Presentar en reunión de nivel III de mejoramiento análisis de información del plan de gerencia de información
Evaluar nuevos mecanismos de acceso al sistema de información (biometría o código de barra) y duraciones de las sesiones activas de DGH
Incluir en inducción y reinducción general a sistemas de información
Realizar campaña de sensibilización de buen uso de equipos, de información, canales de comunicación política cero papel
Identificar bases de datos de pacientes en google drive
Priorizar los procesos a los cuales se sistematizará las bases de datos en google drive
Realizar los desarrollos respectivos de sistematización de las bases de datos de google drive identificadas
Socializar las herramientas tecnológicas que reemplazan la impresión de solicitud de exámenes de diagnóstico
Revisar los reportes generados desde DGH administrativos y asistenciales para incluir el login del usuario que genera la impresión
Realizar reunión de conciliación de indicadores
Solicitar referenciación sobre sistemas de información
Realizar monitorización de historia clínica de registros médicos y de enfermería
Consolidar los resultados de auditoría de la información estadística
Elaborar lista de chequeo para evaluar adherencia a procedimientos de comunicaciones.
Aplicar lista de chequeo para evaluar adherencia a procedimientos de comunicaciones.
Analizar y socializar los resultados de las encuestas para adherencia a procedimientos de comunicaciones.

Evaluar la implementación de un servidor de correo institucional administrado por la institución
Realizar campaña de sensibilización de uso de herramientas tecnológicas

Las actividades atrasadas del PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:

Diseñar lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información
Realizar la lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información
Toma de correctivos de acuerdo a hallazgos
Socializar los resultados de auditoria de la información estadística en reunión de II nivel Cliente asistencial.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

• Seguimiento del Plan de Gestión Integral del Riesgo – PGIR.

Se realizaron solicitudes a la Secretaria Departamental de Salud del Cauca para que nos enviaran las plantillas actualizadas. En fecha 04 de enero nos envían una comunicación donde se indica que por encontrar el Hospital sin riesgo financiero, la Supersalud no realizara el seguimiento por perdida de competencia.

Objetivo: Alcanzar y mantener la estabilidad financiera

- Mediante Resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 el Ministerio de la Protección Social categoriza al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. como una empresa social del estado categorizada sin riesgo en la vigencia 2016.

Objetivo: Desarrollar un compromiso con la Responsabilidad Social Empresarial

- Se desarrollaron actividades como: apoyo a las familias que no tenían hospedaje, alimentación de familiares, celebración de días especiales, celebración de los 307 años del Hospital, trabajo en temas de reciclaje, formación al cliente interno, culturización ambiental, reciclaje, taller de reciclaje, capacitación a estudiantes de colegios, cambio de luminarias LED, seguimiento al consumo de agua y energía.

Resultado del seguimiento a las actividades establecidas en el programa de responsabilidad social Vigencia 2018

COMPONENTE	ACCIONES	
	ESTABLECIDAS	CUMPLIDAS
COMPONENTE 1	6	6
COMPONENTE 2	4	4
COMPONENTE 3	6	6
TOTAL	16	16

Objetivo: Fortalecer la prestación de servicios de alta complejidad

- El Hospital Universitario San José cuenta con 83 servicios declarados en el Registro Único Especial de Prestadores-REPS. Se observa un aumento en los servicios declarados teniendo en cuenta que en el mes de Septiembre la Secretaría Departamental de Salud del Cauca realizó visita de verificación de los estándares de habilitación de los servicios para la apertura de los servicios de Patología, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Así mismo, se realizó la novedad de apertura de dos salas de quirófano adicionales debido a adecuaciones de infraestructura que se realizaron.



Proyectos gestionados en la vigencia 2018:

Se encuentran documentados en el banco de proyectos de la oficina de planeación:

- Proyecto reposición de equipos médicos en diferentes áreas asistenciales del Hospital Fase I por valor de \$2.035.051.044.
- Proyecto reposición de equipos médicos en diferentes áreas asistenciales del Hospital Fase II por valor de \$2.096.660.819.

Objetivo: Mejorar la eficiencia de los procesos administrativos y asistenciales

- Durante el año 2018, se implementaron los indicadores institucionales según la directriz del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) con los cuales los procesos realizan autocontrol y toman las decisiones de carácter institucional.

Proceso	N° Indicadores	N° Indicadores que Cumplen la meta	% de Cumplimiento	Observación.
Sistema de Información y Atención al Usuario	3	3	100%	El Servicio de Urgencias Atiende el servicio que cuenta con el porcentaje de satisfacción de usuarios.
Quirófano	6	5	83.3%	El indicador de calidad de atención en historia clínica de enfermería cumple con la meta esperada, la meta es 80% y el resultado quedando en rango de calidad aceptable.
Endoscopia	2	1	50%	El indicador de Oportunidad de atención del servicio de endoscopia (Programa de endoscopia) cumple con la meta esperada, la meta planteada son 5 días y el resultado es de 6,3 días.
Laboratorio Clínico	10	9	90%	El indicador de Porcentaje de Atención de acuerdo al requerimiento (Urgencia y no urgencia), no cumple con la meta esperada, el resultado para 2018 es de 77.5%.
Banco de Sangre	13	9	69%	Los indicadores de Porcentaje de plaquetas incineradas, Porcentaje de aféresis incineradas, Porcentaje de muestras rechazadas, Días de cumplimiento de plaquetas, no cumplen con la meta esperada.
Consulta Externa	8	8	100%	El servicio de consulta externa cuenta con un indicador de pacientes que incumplen con dicho indicador es con el fin de medir cuantos pacientes confirman asistencia a la consulta, este indicador para el año 2018, queda como resultado en umbral de calidad aceptable.
Convenio Docencia Servicio	4	3	75%	El indicador de Porcentaje de Instituciones Ecuatorianas Acreditadas, no cumple con la meta propuesta.

Objetivo: Mantener y mejorar la infraestructura y tecnología institucional

AVANCE PLAN DE ADECUACION DE INFRAESTRUCTURA FISICA HOSPITALARIA.

Fecha: 30 de Diciembre de 2018

No.	Nombre del proyecto	Infraestructura		
		Avance	Valor PAA	Valor ejecutado
1	Construcción, acondicionamiento y mantenimiento de nuevos espacios en la infraestructura hospitalaria para cumplir en el estándar de infraestructura	Mediante el contrato de obra No. 224 se intervinieron los servicios de nefrología, consulta externa, rehabilitación, Quemados pediátricos y UCINT adultos encontrándose un 100% terminadas, en el servicio de Ginecobstetricia esta pendiente la terminación de la segunda etapa la cual depende de solución lo correspondiente a mobiliario para poder hacer el traslado e iniciar lo pendiente, en el momento el contrato se encuentra suspendido. Porcentaje de ejecución 60%		782.304.499
		Mantenimiento correctivo y/o mejoramiento del área de recuperación y pasillo principal del servicio de cirugía del Hospital Universitario San José de Popayán S.S.E. se ejecutó mediante contrato No. 295 de 2018.		75.525.311
		Fabricación, entrega e instalación y puesta en funcionamiento de aires para los servicios de Laboratorio, aislados Neonatos, Salas de parto y aislado UCINT mediante contrato de obra No. 298 de 2018. Porcentaje de ejecución 10%		761.310.743
		Prestar servicio de consultoría para realizar el levantamiento, informe, diagnóstico y diseño eléctrico bajo el reglamento RETIE 2013, NORMA NTC 2050 CÓDIGO ELÉCTRICO COLOMBIANO Y RETILAP de los servicios de Farmacia, Oncología y Radioterapia, Patología, Banco de sangre, Laboratorio Clínico, Neonatos, UCINT, Central de Esterilización, Unidad Mental, UCI 1, UCI 2, Cirugía, Hospitalización Adultos, Imágenes Diagnósticas, UCIP, Quemados Pediatría, Consulta Externa 3 Piso, Diagnóstico Cardiovascular, Ultrasonido Y Electrodiagnóstico, Hospitalización Obstetricia, Quemados Adultos y la Subestación Eléctrica del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPOPAYÁN S.S.E. Se encuentra en un 70% ejecutado mediante contrato de consultoría No. 301-2018		77.350.000
2	Mantenimiento y/o mejoramiento a sistema de red hidráulica y redes contra incendio	En el área jurídica se encuentra el estudio previo para la contratación de la consultoría para realizar la actualización de los planos de redes hidrosanitarias y contraincendio del Hospital.		21.813.879
3	Adecuación área de Calderas	Se realizará para vigencia 2019		
	Mantenimiento de fachada principal	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No. 239 de 2018.		218.593.600
4	Adecuación retorno parqueadero entrada principal	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No. 264 de 2018.		23.389.839
5	Mantenimiento correctivo y/o mejoramiento de las áreas de servicios de farmacia central, farmacia urgencias, central de gases, Patología, Referencia y contrareferencia del Hospital Universitario San José de Popayán.	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No. 261 de 2018.		78.823.514
6	Mantenimiento correctivo de plantas eléctricas	El estudio previo se encuentra en el área de jurídica con tres cotizaciones, pendiente definición para tipo de contratación.		64.800.000
7	Proyecto Adquisición y reposición equipos de refrigeración	Ejecutado 100% mediante contrato de obra No. 250 de 2018		218.811.350
8	Proyecto adquisición e instalación de ascensores	Se está ejecutando mediante contrato de obra No. 231 de 2018. Porcentaje de ejecución 30%		587.538.271

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

Objetivo: Fortalecer los convenios docencia servicio, generando investigaciones conjuntas

Porcentaje de Participación de las instituciones educativas en la Contraprestación 2018

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	TOTAL	PARTICIPACION
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1.617.108.704	99%
FUNDACION MARIA CANO	11.690,5	1,2%
UNICATORICA	3.145,98	0,03%
TOTAL	1.648.148.960,2	100,0%

Objetivo: Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades

- Cumplimiento Del Plan De Formalización Laboral

Con el proyecto de acuerdo (anexo) se pretende que el Consejo Municipal por competencia constitucional (Artículo 3134, No. 6) determine las escalas salariales para proceder a enviar el acuerdo de creación para la correspondiente aprobación de la Junta Directiva y la remisión a la Secretaría Departamental de Salud para su aval.

Objetivo: Fortalecer la toma de decisiones basadas en información válida, completa y oportuna.

El hospital actualmente tiene un promedio de 2.3% computadores por cama en los servicios asistenciales, donde el servicio con mayor número de equipos por cama es Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 1 y el de menor número de equipos por cama es el servicio de Quirúrgicas II.

A la fecha la implementación de la Historia Clínica Electrónica está en el 100% de los servicios asistenciales del Hospital.

El módulo de normas internacionales de información financiera NIIF se empezó la parametrización en el mes de febrero de 2016 avanzando en la homologación de las cuentas contables en la empresa de producción y hasta el mes de noviembre queda 100% parametrizado y está en producción a la espera de algunos ajustes con las interfaces con otros módulos.

Otro sistema con el que cuenta el Hospital, denominado DOCUNET, es un Sistema de Gestión Documental el cual permite la administración de un centro documental, el control de préstamo de sus documentos físicos. Este sistema soporta la gestión documental teniendo en cuenta la Ley 594 de 2000 del Archivo General de la Nación y las normas que se le deriven. Se ha implantado en un 100%, se ha capacitado al personal, se han asignado usuarios y claves de acceso al personal administrativo, con el fin de tener una comunicación fluida, oportuna y eficaz.

4. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4.1. Indicador No. 4. Riesgo Fiscal y financiero

Cálculo del indicador	Riesgo fiscal y financiero
Estándar anual	Sin riesgo
Resultado obtenido	Sin riesgo
Calificación	N.A

En la resolución No. 2249 del 30 de Mayo de 2018 emitida por el Ministerio de salud y protección social (por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales

del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones) se puede observar que el Hospital continua su categorización **SIN RIESGO**.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002249 DE 2018

(30 MAY 2018)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial, de las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y:

CONSIDERANDO

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social contiene en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional

Que el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social "(...) determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social (...)."

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002249 DE 2018 HOJA No. 20 de 29

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Caqueta	Buenos Aires	ESE Rafael Tovar Pirovano	Sin riesgo
Caqueta	Florencia	ESE San Teresa Adela	Riesgo bajo
Caqueta	Florencia	ESE Hospital Comunal Las Marías	Riesgo medio
Caqueta	Florencia	ESE Hospital Mario Imbriazota	Sin riesgo
Caqueta	San Vicente de Caqueza	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caqueta	Valparaiso	ESE Pablo Jaramillo, médico	Sin riesgo
Casareme	Tauramena	ESE Hospital Local de Tauramena	Sin riesgo
Casareme	Yopal	ESE Hospital Regional de la Orinoquia	Sin riesgo
Casareme	Valparaiso	ESE Red Salud Casareme	Sin riesgo
Casareme	Yopal	ESE Salud Yopal	Riesgo bajo
Cauca	Roldán	ESE Surcoandino	Sin riesgo
Cauca	Buenos Aires	ESE Norte 1	Sin riesgo
Cauca	Caldón	ESE Norte 2	Sin riesgo
Cauca	El Tambo	ESE Hospital de El Tambo	Sin riesgo
Cauca	Guapi	ESE Guapi	Sin riesgo
Cauca	La Vega	ESE San Oriente	Sin riesgo
Cauca	Piñez	ESE Tenandero	Sin riesgo
Cauca	Páiza	ESE Hospital Nivón E. Borda	Sin riesgo
Cauca	Piedras	ESE Centro 1	Sin riesgo
Cauca	Popayan	ESE Hospital Suxaria Lopez de Valencio	Sin riesgo
Cauca	Popayan	ESE Hospital Universitario San José de Popayan	Sin riesgo
Cauca	Popayan	ESE Popayan	Sin riesgo
Cauca	Puerto Tejada	ESE Norte 3	Sin riesgo

RESOLUCIÓN NÚMERO 002249 DE 2018 HOJA No. 20 de 29

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Caquetá	Buenos Aires	ESE Rafael Tenorio Proenza	Sin riesgo
Caquetá	El Dorado	ESE San Teresa Adela	Riesgo bajo
Caquetá	Florencia	ESE Hospital Comunal Las Malvinas	Riesgo medio
Caquetá	Florencia	ESE Hospital Mario Imbabazana	Sin riesgo
Caquetá	San Vicente del Cauque	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caquetá	Valparaiso	ESE Pácor Jaramillo - endor	Sin riesgo
Casareño	Tauramena	ESE Hospital Local de Tauramena	Sin riesgo
Casareño	Yopal	ESE Hospital Regional de la Orinoquia	Sin riesgo
Casareño	Villavieja	ESE Red Salud Casareño	Sin riesgo
Casareño	Yopal	USE Salud Yopal	Riesgo bajo
Cauca	Roldán	ESE Suroriental	Sin riesgo
Cauca	Buenos Aires	ESE Norte 1	Sin riesgo
Cauca	Caloto	ESE Norte 2	Sin riesgo
Cauca	El Tambo	ESE Hospital de El Tambo	Sin riesgo
Cauca	Guapi	ESE Guapi	Sin riesgo
Cauca	La Vega	ESE Sur Oriente	Sin riesgo
Cauca	Piojé	ESE Tensadero	Sin riesgo
Cauca	Patía	ESE Hospital Niveli E. Bordo	Sin riesgo
Cauca	Piendamón	ESE Centro 1	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana Lopez de Valenzuela	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Popayán	Sin riesgo
Cauca	Puerto Tejada	ESE Norte 3	Sin riesgo

Para el año 2018 y al realizar el análisis de riesgo fiscal y financiero se presenta el cuadro siguiente en el cual se puede observar que no existe **riesgo financiero**:

RIESGO FISCAL Y FINANCIERO 2018

RIESGO FINANCIERO

Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
A	Ingresos operacionales corrientes recaudados mas estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	A1	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados		56.761.785.568	A1(+)+A2(+)+A3; si IPS es Nivel 1 ó A4; si IPS es nivel 2 ó 3 (+) A5	107.925.736.981
		A2	Otros ingresos corrientes recaudados		1.402.675.805		
		A3	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	Aplica para nivel 1	NA		
		A4	80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días	Aplica para niveles 2 y 3	49.761.275.608		
		A5	ESE con condiciones de mercado especial?		NA		
B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	B1	Gastos de funcionamiento comprometidos		95.636.689.153	B1(+)+B2	130.242.957.347
		B2	Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos		34.606.268.194		
C	Superávit o Déficit de la Operación Corriente	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		107.925.736.981	A(-)B	-22.317.220.366
		B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos		130.242.957.347		

Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	D1	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 50 y 360 días	Aplica para nivel 1	NA	Primer Nivel de Atención: D1 (+) D3	70.598.942.657
		D2	75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días	Aplica para niveles 2 y 3	33.460.668.199	Segundo Tercer Nivel: D2 (+) D3	
		D3	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares	37.138.274.458		
E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	E1	Gastos totales comprometidos en la vigencia	Total gastos comprometidos (+) compromisos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	134.696.895.328	E1 (-) E2	19.376.108.125
		E2	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	Total pagos (-) pagos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	115.320.787.203		
F	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.	F1	Pasivos mayores a 360 días		1.481.166.933	F1 (-) F2	1.481.166.933
		F2	Pasivos estimados mayores a 360 días		0		
G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados	G1	Total Pasivo		17.014.638.727	G1(-)G2	13.307.553.983
		G2	Total pasivos estimados		3.707.084.744		
H	Pasivo no corriente	G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados		13.307.553.983	G (-) E	6.068.554.142
		E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia		19.376.108.125		
I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	F	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.		1.481.166.933	Max(F,H)	6.068.554.142
		H	Pasivo no corriente		6.068.554.142		
J	Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		70.598.942.657	D (-) I	64.530.388.515
		I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		6.068.554.142		
K	Superávit o Déficit Operacional Total	C	Superávit o déficit de la operación corriente		-22.317.220.366	C(+)+J	42.213.168.149
		J	Superávit o déficit de la operación no corriente		64.530.388.515		
L	Ingresos Operacionales Totales	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		107.925.736.981	A(+)+D	178.524.679.638
		D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		70.598.942.657		
M	Índice de Riesgo	K	Superávit o Déficit Operacional Total		42.213.168.149	K/L	0,2365
		L	Ingresos Operacionales Totales		178.524.679.638		

Orden	Concepto	CodISC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
N	Superávit o Déficit Presupuestal	N1	Total Ingresos Reconocidos		242 504 656 276	N1/(-N2)	92 036 167.746
		N2	Total Gastos Comprometidos		150 468 488 530		
Q	Tiene información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?			Fuente: Reporte de información I semestre 2016. Reportada consolidada, validada y presentada a través de SINO Corte 30 de junio de 2016.			SI
P	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	M	Sin riesgo			M(>=0,00)	Sin riesgo
		M	Riesgo bajo			M(Entre -0,01 y -0,10)	
		M	Riesgo medio			M(Entre -0,11 y -0,20)	
		M	Riesgo Alto			M(<=-0,21)	
		N	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			N(<0)	
		Q	Riesgo Alto (Sin reporte de información)			SI O=NO	

Cordialmente,


JHON JAIRÓ GONZÁLEZ MARTÍNEZ
 Profesional Universitario GR.2

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Durante la vigencia 2018 a partir del mes de enero, se evalúan los indicadores de la Resolución 743 de 2013 por el área de calidad y planeación, con el tablero de indicadores y las fichas técnicas que fueron socializadas a los funcionarios y especialistas de los cuales se obtuvo el siguiente resultado:

5.1. Indicador No. 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre y trastornos Hipertensivos en la Gestante

Calculo del indicador	No. De historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / No. Total De historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación
Estándar anual	≥0,8

Resultado obtenido	0,88
Calificación	5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Durante la vigencia 2018 se evaluaron las historias clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación sobre el total historias clínicas auditadas.

Se observa mejoría a la adherencia, lo cual se logró realizando actualización de la guía, socialización y evaluación de la aplicación de la misma.

Para el manejo de la paciente en código rojo, por hemorragias del tercer trimestre, se doto el servicio de ginecobstetricia, con dos trajes anti choque y balón de bakry que son de vital importancia para el manejo de estas patologías.

5.2. Indicador No.13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida - Indicador No. 13.

Calculo del indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
Estándar anual	$\geq 0,8$
Resultado obtenido	1
Calificación	5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Desde la unidad de cuidados intensivos adultos, el manejo del paciente neurocrítico cumple con las recomendaciones definidas en la guía de manejo, para el mes abril 2018 se inició la aplicación de la nueva lista de chequeo de la guía actualizada de Trauma Cráneo Encefálico.

En los meses de Noviembre y Diciembre se realizó la evaluación de la Guía con la aplicación de la lista de chequeo actualizada.

Se obtuvo un cumplimiento anual de 100% en la adherencia de la guía.

5.3. Indicador No. 14. Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.

Calculo del indicador	No. De pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.
Estándar anual	$\geq 0,9$
Resultado obtenido	0,92
Calificación	5

Durante el año 2018, la oportunidad en la realización de apendicetomía se mantuvo superior al 90% por laparotomía y laparoscopia, cumpliendo la meta establecida.

Se ha realizado un trabajo con el equipo quirúrgico (Anestesiólogos, Cirujanos y Profesionales de Enfermería) con el fin de garantizar oportunidad quirúrgica a los pacientes pediátricos y adultos con este diagnóstico, teniendo en cuenta que la garantía de esta oportunidad evita sobre costos y posibles complicaciones al paciente.

Los casos de no oportunidad están relacionados con la presencia simultánea de otras cirugías de urgencias que presentaban mayor prioridad.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se efectuó socialización resultados del indicador al personal de enfermería del quirófano y especialidades quirúrgicas. Se realizó seguimiento a las causas de no oportunidad. Se dispuso de otro quirófano para urgencias de disponibilidad.

5.4. Indicador No. 15. Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual –

Calculo del indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación/ número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.
Estándar anual	Cero (0) o variación negativa
Resultado obtenido	2
Calificación	0

De acuerdo a los pacientes que se encuentran en el servicios de pediatría con atención crítica, en el año 2018 se presentaron dos casos de neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario a razón de la no disponibilidad de sondas nasoyeyunales #6, sensores de pulsoximetría y falta de capacitación del personal en cuidados de la sonda de nutrición enteral.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se realiza análisis de los casos en Comité extraordinario de seguridad del paciente, en el cual la coordinación del servicio farmacéutico se compromete a evaluar con la oficina jurídica la posibilidad de adquirir dispositivos médicos con proveedores diferentes en caso que el licitado incumpla con las ordenes de pedido y justifique que solo dispensa productos de casas farmacéuticas, además se realiza requerimiento a asociaciones sindicales para establecer que el personal nuevo realice inducción con colaboradores diferentes a los que se encuentran ejecutando el turno.

Se deben establecer actividades tendientes a evitar las neumonías aspirativas mediante la ejecución actividades como:

- Desplegar la guía de manejo de neumonías aspirativas.
- Desarrollar las defesas de seguridad necesarias para mitigar el riesgo.
- Analizar en Comité de Calidad los informes relacionados con el comportamiento del Indicador.

5.5. Indicador No. 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)

Calculo del indicador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/ Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación
Estándar anual	≥ 0.9
Resultado obtenido	1
Calificación	5

Durante el año 2018, se cumplió con la meta de atención de los infartos agudos de miocardio dentro de la primera hora. Se han realizado acciones con el personal como socialización de guías de manejo, evaluación de adherencia a guías, socialización de protocolos de enfermería y evaluación a su adherencia, en las reuniones de equipos de primer nivel se socializan resultados y se definen acciones correctivas.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se continúa cumpliendo con la meta de atención de los infartos agudos de miocardio dentro de la primera hora mediante la socialización de guías de manejo, evaluación de adherencia a guías, socialización de protocolos de enfermería y evaluación a su adherencia.

Se deberán adelantar acciones de gestión como:

- Realizar actualización y despliegue de la guía de práctica clínica de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) especialmente en el personal de urgencias.
- Realizar la Identificación oportuna del Riesgo Clínico Asociado IAM y desarrollar las defensas de seguridad necesarias para mitigar el riesgo.
- Garantizar los insumos según guía clínica de manejo, para la atención, dentro de la primera hora del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
- Vincular los procesos académicos a la aplicación de la guía clínica de atención de IAM.

5.6. Indicador No. 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Calculo del indicador	Número de muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación
Estándar anual	≥ 0.9
Resultado obtenido	0,95
Calificación	5

Durante el año 2018 se evidencia un cumplimiento del 95% superando la meta propuesta, es importante resaltar que no solo se analiza la mortalidad de los pacientes con más de 48 horas de estancia sino también de los pacientes con menos de 48 horas de estancia.

A partir de este análisis se definen las acciones de mejora que se deben implementar en la institución frente a la atención de los casos analizados.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Algunos de los bajos porcentajes de cumplimiento se deben a que las actas de análisis de mortalidad no se diligenciaron oportunamente, sin embargo, cuando se hace el respectivo corte para análisis de un nuevo mes, se observa el cumplimiento de análisis de meses anteriores y se realiza un ajuste.

Se debe entonces:

- Fomentar el análisis de Mortalidades en cada servicio asistencial determinando las principales causas, las cuales deberán ser discutidas en Comité de Mortalidad Institucional.
- Generar las barreras de seguridad necesarias para mitigar las causas y riesgos de mortalidad institucional mayor a 48 horas
- Vincular los procesos académicos al análisis de la mortalidad intrahospitalaria, con el fin de generar barreras a los riesgos inherentes en la causalidad de la aparición de muertes mayores a 48 horas de estancia.

5.7. Indicador No. 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.

Calculo del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
Estándar anual	≤8
Resultado obtenido	3,9
Calificación	5

Durante el año 2018, se observa un promedio de oportunidad de atención obstétrica de 3.9 días, se evidencia un resultado dentro de los límites permitidos, dado que el valor máximo es a 5 días. Así mismo, se denota un valor menor al obtenido en el año pasado, dado que durante el año 2017 se obtuvo en promedio una oportunidad de 4,7 días.

Dentro de las acciones de mejora se encuentran la asignación de citas a las gestantes personalmente y en un horario de 7:00-17:00 horas, con el fin de evitar las barreras para esta especialidad. Se evidencia que el agendamiento de las usuarias de control es prioridad, se garantiza la continuidad de los tratamientos y se disminuye el tiempo de espera para el agendamiento a los usuarios de primera vez.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se asignan las citas a las gestantes personalmente y en horario de 7 a 17 hs, para evitar las barreras de acceso a esta especialidad. Se determina que el agendamiento de los usuarios de control es prioridad, se garantiza la continuidad del tratamiento y se disminuye el tiempo de espera para el agendamiento de las usuarias de primera vez. La tendencia del indicador es a disminuir para mayor oportunidad a las usuarias obstétricas de primera vez.

5.8. Indicador No. 20. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna


Calculo del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / No. Total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.
Estándar anual	≤15
Resultado obtenido	4,7
Calificación	5

Durante el año 2018, se observa un promedio de oportunidad de atención de 4,7 días, se evidencia un resultado dentro de los límites permitidos, dado que el valor máximo es a 15

días. Así mismo se denota un valor menor al obtenido en el año pasado, dado que durante el año 2017 se obtuvo en promedio una oportunidad de 5,8 días.

Según el ejercicio de evaluación y verificación en el cumplimiento de la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018, la oficina asesora de control interno del hospital Universitario San José, valida los ítems anteriormente descritos los cuales fueron verificados, con cada una de las evidencias.

Atentamente;



EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control interno
Hospital universitario San José de Popayán