



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

Juntos mejoramos tu salud

ANEXO 1

FORMATO UNICO ACTA INFORME DE GESTION

(Ley 951 de marzo de 2005)

DC.P DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ

Entrega cargo de gerente ESE Hospital Universitario San José de Popayán

Terminación de Periodo enero de 2017-marzo 31 de 2020

Popayán, 31 de marzo de 2020



TABLA DE CONTENIDO

Pág.

3

1. Datos Generales

- a. Nombre del funcionario responsable que entrega
- b. Cargo
- c. Entidad (Razón Social)
- d. Ciudad y Fecha
- e. Fecha de inicio de la gestión
- f. Condición de la Presentación
 - Retiro separación del cargo
 - Ratificación
- g. Fecha de Retiro

2. Informe Resumido o Ejecutivo de la Gestión del Gerente

3

2.1 Oficina asesora de planeación

3 - 16

2.1.1 Gestión para la formulación proyectos de inversión

2.1.2 Desarrollo del modelo interno de planeación y de gestión

2.1.3 Implementación de la metodología para la gestión del riesgo

2.1.4 Formulación plan estratégico de desarrollo 2017 – 2020

2.1.5 Formulación de planes de acción años 2017 a 2020

2.1.6 Formulación plan de acción integrado 2020

2.1.7 Control documental

2.1.8 Formulación presupuestos 2017 a 2020

2.2 Aseguramiento de la calidad 2017 – 2019

17-71

2.2.1 Sistema único de habilitación

2.2.1.1 Estándar de talento humano

2.2.1.2 Estándar de infraestructura

2.2.1.3 Estándar dotación y equipos biomédicos

2.2.1.4 Estándar medicamentos, dispositivos médicos e insumos

2.2.1.5 Estándar procesos prioritarios

2.2.1.6 Nuevos servicios

2.2.1.7 Resultados



2.2.2 Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC

2.2.3 Sistema único de acreditación

2.2.3.1 Autoevaluación de estándares de acreditación

2.2.3.2 Jornadas de actualización en sistema obligatorio de garantía de la calidad

2.2.3.3 Auditorías internas

2.2.3.4 Diagnostico asesor externo en acreditación FDF CONSULTING

2.2.3.5 Despliegue de humanización

2.2.3.6 Seguridad del paciente

2.2.4 Sistema de información para la calidad

2.3 Seguridad y salud en el trabajo

72- 80

2.3.1 Prevalencia de accidente laboral

2.3.2 Prevalencia de enfermedad laboral

2.3.3 Medición del clima organizacional

2.3.4 Programas de estilos de vida saludable

2.3.5 Jornada anual de seguridad y salud en el trabajo

2.3.6 Inspecciones de puestos de trabajo

2.3.7 plan hospitalario para emergencias

2.3.8 Brigada de emergencia

2.3.9 Rutas de evacuación

2.3.10 Señalética

2.3.11 Simulacros de evacuación

2.3.12 Análisis y presentación de casos de funcionarios que requieren reubicación laboral

2.4 Sub gerencia científica

2.4.1 Análisis de producción

2.4.2 Prestación de nuevos servicios

81- 103

2.4.3 Interacción de los diferentes servicios

2.5 Gestión documental

103-108

2.5.1 Políticas para la gestión documental

2.5.2 Políticas cero papeles

2.5.3 Listado actual de las instalaciones del archivo central

2.5.4 Intervención del fondo acumulado 2016-2019



2.5.5 Consolidación 2017-2019 de las comunicaciones recibidas, despachadas, notificaciones y asignación teniendo en cuenta los datos suministrados por el aplicativo DOCUNET

2.5.6 Capacitaciones realizadas indicamdo fecha, tema y numero de asistentes.

2.5.7 Contol de préstamo de documentos

2.5.8 Transferencia documental

2.5.9 Jornada de 5 "s"

2.5.10 Necesidades del proceso

2.6 Sistemas de información

109-133

2.6.1 Capacidad instalada

2.6.1.1 Inventario de impresoras

2.6.2 Sistema de información institucional

2.6.3 Aspectos generales de la plataforma tecnológica del HUSJ

2.6.4 Actividades relevantes realizadas en el periodo 2017-2019

2.6.4.1 Mejoramiento servidor principal HUSJ

2.6.4.2 Desarrollo de aplicativo mesa de ayuda

2.6.4.3 Sophos UTM XG 330

2.6.4.4 Zonas wifi gratis

2.6.4.5. Mejoramiento red de datos institucional

2.6.4.6 Desarrollo de aplicativos a la medida

2.6.4.7 Adecuacion de red de datos en nuevos servicios o mejoramiento de la misma en servicios ya existentes

2.6.4.8 Recuperacion dispositivos en mal estado

2.6.4.9 Compra de equipos de computo y licencias

2.6.4.10 Mejoramiento servicio correo electrónico

2.6.4.11 Creacion de nuevos formatos de historia clínica

2.6.4.12 Servidores de copia de seguridad

2.6.4.13 Medios de difusión de información a pacientes y familiares

2.6.4.14 Creacion nube institucional

2.6.4.15 Nueva intranet

2.6.4.16 Digiturno urgencias adultos

2.6.4.17 Implementacion de herramientas limessurvey

2.6.4.18 Adecuacion cuarto central telefónica

2.6.4.19 Mejoramiento UPS uci adultos	
2.6.4.20 Medicina prepagada	
2.6.4.21 Adecuación portería principal	
2.6.4.22 Obra corredor gerencia	
2.6.4.23 Inicio proyecto portal wed	
2.6.4.24 Adecuación área de aislamiento	
2.6.4.25 Adecuación área aislamiento para hospitalización	
2.7 Gestión de la información- Historia clínica- Estadística	133-136
2.7.1 Logros años 2017-2019	
2.7.2 Indicadores del proceso	
2.8 Vigilancia y control de contratos	137- 141
2.9 Contabilidad	141-150
2.9.1 informes a entes de control	
2.9.2 Comité financiero	
2.9.3 Información financiera	
2.9.4 Factura electrónica	
2.10 Auditoria de cuentas medicas	151-154
2.11 Proceso de gestión de facturación 2017-2019	154-161
2.11.1 facturación por régimen	
2.11.2 Informe de ingresos abierto	
2.11.3 Principales clientes	
2.11.4 Facturación sin radicar	
2.11.5 Informe de radicación por año	
2.11.6 Facturación de servicios no pos	
2.12 Sub gerencia Adminsitrativoa	161-163
2.13 Venta de servicios	162-180
2.13.1 Gestione realizadas durante el periodo 2017-2020	
2.13.2 Plan de acción y mapa de riesgo	
2.14 costos	180-182
2.15 Ingeniería biomédica	182-186
3. Situación de los recursos	
3.1 Cartera	187-210

3.1.1 Retos	
3.1.2 Dificultades	
3.1.3 Oportunidades	
3.1.4 Anexos	
3.2 Gestion de tesoreria	211-221
4 Planta de personal – Talento humano	222-257
5 Programas , estudios y proyectos	258
6 Obras publicas	258
6.1 Ejecución de plan de mantenimiento del HUSJ	258-277
6.2 Proyectos de inversión	278-290
6.3 Actividades pendientes	290
7 Ejecuciones presupuestales	291-301
7.1 Ingresos reconocidos	
7.1 Ingresos recaudados	
7.3. porcentaje de recaudo	
7.4 Gatos	
7.5 Equilibrio presupuestal	
7.6 Eficiencia presupuestal	
7.7 Saldo en cajas y bancos	
7.8 Ingresos reconocidos a febrero de 2020	
7.9 Ingresos recaudados	
7.10 Porcentaje de recaudo	
7.11 Gastos	
7.12 Equilibrio presupuestal	
7.13 Eficiencia presupuestal	
7.14 Saldo caja y bancos	
8 contratación	301
8.1 Estado de cumplimiento modelo integrado de planeación MIPG	
8.2 de defensa judicial	
8.2.1 Comité de conciliación	
8.2.2 Observación, aclaraciones o trámites pendientes	
8.3 Contratación	



8.4 Archivo de la oficina

8.5 Plan de Mejoramiento 2020 contaloria

8.6 Informes y claves de plataforma

10. Se anexa informe de Área de almacén mas inventario en CD

9 Bibliografía



1. Datos Generales

- a. Nombre del funcionario responsable que entrega: Derlin Yurani Delgado Rodríguez.
- b. Cargo: Gerente
- c. Entidad: Hospital Universitario San José de Popayán
- d. Ciudad y Fecha: Popayán, 31 de marzo de 2020
- e. Fecha de inicio de la gestión: 17 de enero de 2017.
- f. Condición de la Presentación
Retiro separación del cargo: X
Ratificación
- g. Fecha de Retiro: 31 de marzo de 2020

2. Informe Resumido o Ejecutivo de la Gestión del Gerente

Con el objetivo de dar a conocer el estado de la institución con corte a 31 de marzo de 2020, se decide presentar informe de la institución por procesos, informe que consideramos es de vital importancia para el conocimiento de la institución de igual manera permitirá tomar las mejores decisiones para la continuidad de la misma.

2.1 OFICINA ASESORA DE PLANEACION

Durante la vigencia 2017 a 2020 los esfuerzos realizados desde la oficina asesora de planeación estuvieron enfocados en los siguientes aspectos:

2.1.1 Gestión para la formulación proyectos de inversión:

Se documento y trabajo de acuerdo a los requerimientos del Ministerio de Salud y protección Social, de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y con base en la Metodología General Ajustada. Web, los siguientes proyectos de inversión:

- ❖ adquisición de equipo biomédico para la dotación de las diferentes áreas de la institución; denominados: fase I y II. Proyectos avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social, asignando a través de la resolución 0003374 del 16 de diciembre de 2019 recursos por valor de \$ 3.688.000. 000.00; y los cuales fueron consignados en el mes de enero de 2020 a las cuentas de la institución mediante resolución No 0003373 de 2019.
- ❖ Proyecto para la habilitación del servicio de Hemodinamia: Proyecto avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante conceptos técnicos del 25 de septiembre de 2019 y secretaria de salud Departamental mediante concepto de viabilidad del 19 de septiembre de 2019 (Adquisición de equipo de angiografía y dotación para los servicios de angiografía y hemodinamia del hospital universitario san José, por valor de \$. 3.814.850.204 y 1.175.662.903 denominado Adecuación de la infraestructura para el servicio de angiografía y hemodinamia del hospital *Universitario San jose*) Proyecto cuya autorización de junta directiva y una vez realizados los



respectivos análisis financieros que permitieran su ejecución, se determina ejecutar con recursos propios y que esta por la suma de \$

- ❖ Proyecto para la construcción del nuevo servicio de urgencias. Proyecto presentado al Ministerio de salud por un valor de \$ valor promedio \$ 15 mil millones
- ❖ Construcción y ejecución con recursos propios de proyecto cuarto piso destinado para servicio de salud de medicina prepagada.
- ❖ Construcción y ejecución de proyecto denominado espera digna que contribuyo al fortalecimiento de la política de humanización.
- ❖ Ejecución recursos para inauguración proyecto banco de leche, proyecto de responsabilidad social construido por la anterior administración y terminado y ejecutado en la vigencia 2016- 2020, recursos otorgado por alcaldía municipal
- ❖ Elaboración y ejecución proyecto para adquisición de equipos para ambulancia y urgencias, recursos aportado por alcaldía municipal por valor de \$

2.1.2 Desarrollo del modelo interno de Planeación y de gestión: MIPG

La implementación del MIPG en la Institución inició su desarrollando en el 2018, para ello se realizaron los autodiagnósticos establecidos para las 7 dimensiones que componen MIPG, a la par, se ha dado respuesta a las encuestas definidas en el formulario único de reporte avances de la gestión FURAG. Con base en estos elementos, se formularon planes de acción, donde se describen las actividades a desarrollar para cumplir con la implementación del MIPG. De otro lado, se ajustaron y adoptaron las políticas Institucionales, son base a lo establecido en el modelo. En la jornada de planeación institucional se realiza

Políticas Institucionales:

1. Política de Planeación Institucional
2. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público
3. Política de Gestión Estratégica del TH
4. Política de Integridad
5. Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Política de Servicio al ciudadano
8. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública
9. Política de Racionalización de trámites
10. Política de Gestión Documental
11. Política Gobierno Digital
12. Política de Seguridad Digital
13. Política de Defensa Jurídica
14. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación
15. Política de Control Interno
16. Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

El Hospital tomó la decisión de unificar las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana quedando denominada Política de Servicio al Ciudadano.

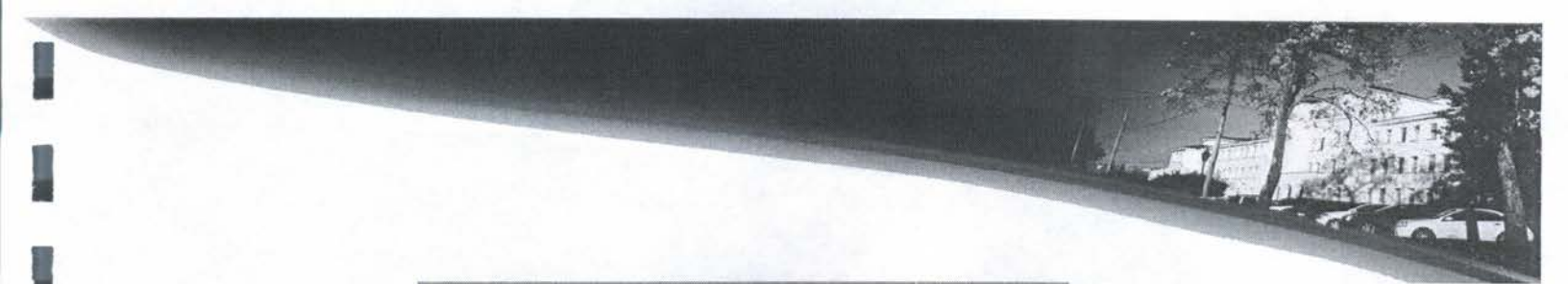
Planes institucionales MIPG Decreto 612 de 2018

1. Institucional de archivos – PINAR
2. Anual de adquisiciones
3. Anual de vacantes
4. Previsión de recursos humanos
5. Estratégico del talento humano
6. Institucional de capacitación
7. Incentivos institucionales
8. Trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo
9. Anticorrupción y atención al ciudadano
10. Estratégico de tecnologías de la información y comunicaciones PETI
11. Tratamientos de riesgos de seguridad y privacidad de la información
12. Seguridad y privacidad de la información.

Avance De MIPG Por Autodiagnósticos

AUTODIAGNOSTICOS		EVALUACIÓN SEGÚN HERRAMIENTA DEL DAFP	
		INICIAL 2018	AVANCE 12/2019
1	TALENTO HUMANO	66,6	84,1
2	CODIGO DE INTEGRIDAD	66,8	72,6
3	DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACION	91,8	88,0
4	PLAN ANTICORRUPCION	98,0	98,0
5	GESTION PRESUPUESTAL	95,9	99,1
6	GOBIERNO DIGITAL	55,8	60,8
7	DEFENSA JURIDICA	80,4	94,8
8	SERVICIO AL CIUDADANO	94,4	79,6
9	GESTION DE TRAMITES	8,8	7,8
10	PARTICIPACION CIUDADANA	49,3	95,0
11	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	73,4	83,8
12	GESTION DOCUMENTAL	93,1	94,0
13	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	70,7	46,6
14	GESTION RENDICION DE CUENTAS	88,9	83,1
15	CONTROL INTERNO	65,2	76,8

MIPG por dimensiones



DIMENSIONES		ACTIVIDADES DE GESTIÓN	
No.	DESCRIPCIÓN	No.	%
1	TALENTO HUMANO	155	16,6
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	115	12,3
3	GESTION POR VALORES PARA RESULTADOS	318	34,0
4	EVALUACION DE RESULTADOS	30	3,2
5	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	198	21,2
6	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	1	0,1
7	CONTROL INTERNO	119	12,7
TOTAL		936	100

Comparativo porcentaje de cumplimiento de actividades de MIPG según dimensiones

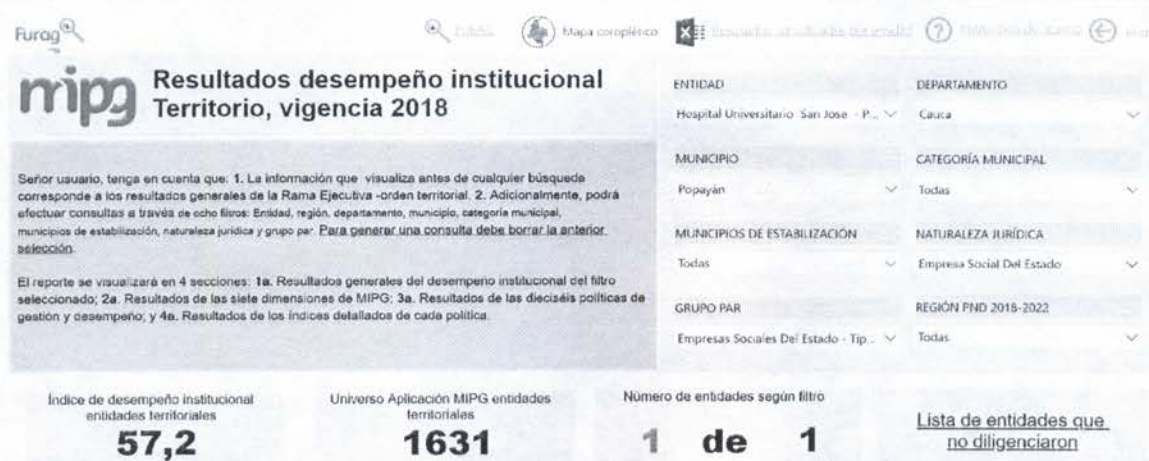
DIMENSIONES		LINEA BASE 2018	AVANCE A DICIEMBRE 2019
No.	DESCRIPCIÓN	%	%
1	TALENTO HUMANO	25,2	69,7
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	86,9	91,6
3	GESTION POR VALORES PARA RESULTADOS	43,6	65,2
4	EVALUACION DE RESULTADOS	26,7	93,3
5	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	76,8	63,6
6	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	0,0	100,0
7	CONTROL INTERNO	17,6	58,0

Seguimiento	Línea Base	Avance	%
Fecha	2018	31/12/2019	De variación
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN HERRAMIENTA DAFP	48,7%	68.5%	41%

Resultado encuesta FURAG 2018

El reporte a través del FURAG fue presentado por el Hospital en el mes de mayo de 2019, conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP,

cuyos resultados se publicaron en el mes de septiembre de 2019, reportando los siguientes avances:



I. Resultados generales



II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño

2.1.3 Implementación de la metodología para la gestión del riesgo.

La oficina de Planeación coordinó la formulación de los mapas de riesgos por procesos a nivel Institucional, adaptando las metodologías definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). En el 2018 realizó la formulación de los mapas de riesgos con los líderes de los procesos, los cuales continuaron para el 2019.

Resultado de evaluación mapa de riesgos a diciembre 2019

Se logra actualizar el 96.8% de los mapas de riesgo, siendo los únicos faltantes por realizar el mapa de riesgos de Control Interno Disciplinario y Unidad Mental debido a que no había personal designado oficialmente para el cargo en el momento de la formulación.

Mapas de Riesgo	Total mapas de riesgos a actualizar o construir	Mapas de riesgos actualizados o contruidos	% de Cumplimiento
Asistenciales	27	26	96,3
Administrativos	36	35	97,2
Total	63	61	96,8

Las acciones priorizadas son las propuestas para los riesgos residuales, en total de 60, ubicados en zona de riesgo inaceptable 20 y en zona de riesgo importante 40, para monitorear su cumplimiento semestralmente por la oficina de planeación y control interno.

ZONA DE RIESGO	RIESGO	
	INHERENTE	RESIDUAL
Inaceptable	73	20
Importante	49	40
Moderado	27	75
Tolerable	0	8
Aceptable	2	8
TOTAL	151	151

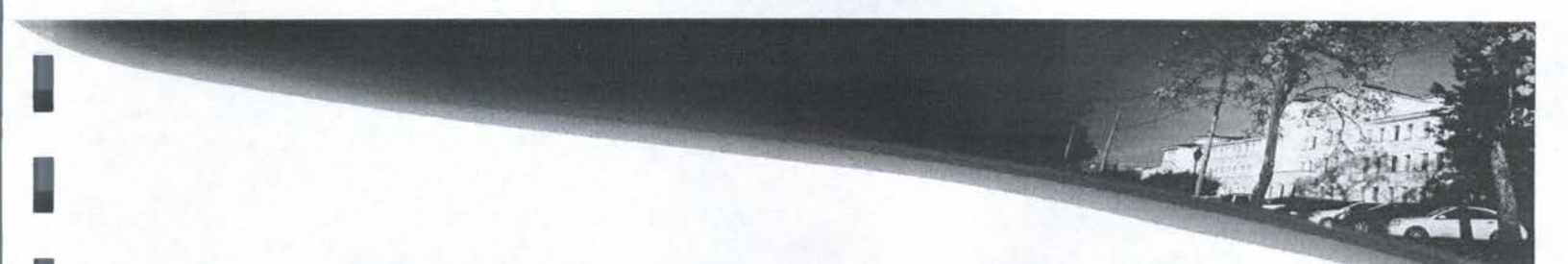
Respecto a la tipología, de los 151 riesgos definidos para su gestión, el 72.2% son operativos, siendo coherente con la misión institucional, pues corresponden a riesgos propios de los servicios asistenciales que se prestan a los usuarios.

TIPOLOGIA DE RIESGOS		
Tipo	Cantidad	%
Operativo	109	72,2
Financiero	16	10,6
Estratégico	10	6,6
Tecnologico	6	4,0
Cumplimiento	4	2,6
Gerencial	3	2,0
Imágen	2	1,3
Corrupción	1	0,7
Total	151	100



El riesgo que más se repite, es el de eventos clínicos con un 22.5% que incluye presencia de eventos adversos (flebitis, caídas, úlceras por presión, alergias), complicaciones clínicas, infecciones asociadas a la atención en salud IAAS, eventos relacionados con equipos y dispositivos médicos y eventos relacionados con dispensación, formulación y aplicación de medicamentos.

FRECUENCIA DE RIESGOS	CANTIDAD	%
Eventos clínicos	34	22.5
Incumplimiento normativo	15	9.9
Pérdida de información	6	4.0
Desabastecimiento, vencimiento o daño de insumos	5	3.3
Cierre o suspensión de servicios	4	2.6
Accidentes laborales	3	2.0
Contaminación de personas	2	1.3
HCI incompleta	2	1.3
Falta de equipos	2	1.3
Barreras físicas	2	1.3
Otros	76	50.3
TOTAL	151	100.0



CAUSAS DE EVENTOS CLINICOS	CANTIDAD	%
Falta adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucion	22	71,0
Incorrecta identificación del estado clínico del paciente	4	12,9
Frecuente uso de terapias y dispositivos invasivos	2	6,5
Otras	3	9,7
TOTAL	31	100,0

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a proceso de elaboración de informes	5	31,3
Inoportunidad	4	25,0
Falta de información	3	18,8
Falta de capacitacion	3	18,8
Otras	1	3,2
TOTAL	16	97,0

CAUSAS DE PERDIDA DE INFORMACION	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a procesos administrativos	3	18,8
Daño u obsolescencia de hardware, software y redes	2	12,5
Falta copias de seguridad	1	6,3
Otras	0	0,0
TOTAL	6	37,5

Mapas de Riesgo	No. Actividades de mejoramiento					
	Cumplidas 100%	Cumplidas menos del 100%		No aplican	TOTAL	
	Cantidad	Cantidad	%	Cantidad	Cantidad	%
Asistenciales	210	1		9	220	44,4
Administrativos	247	20		8	275	55,6
TOTAL	457	21		17	495	100
%	92,3	4,2		3,4	100	

Conclusiones:

- ❖ De las 495 actividades de mejoramiento para mitigación de los riesgos planteadas para la vigencia 2019, se gestionaron al 100% 457 actividades para un cumplimiento final del

92.3%, y se gestionaron con menos del 100% 21 actividades que implican un cumplimiento parcial o no cumplimiento del 4.2%.

- ❖ La primera causa por la cual se presentan los riesgos en general, es la falta de adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales.
- ❖ Para la vigencia 2020 se dejan planteando el mapa de riesgo bajo las siguientes condiciones:

RIESGOS DE CORRUPCION 2019

1. Peculado en el uso de bienes públicos.
2. Intención en la liquidación de nómina favoreciendo a un trabajador en intereses de cesantías, retroactividad de prestaciones por retiro de seguridad social y saneamiento de aportes patronales.
3. Tráfico de Influencias para priorizar citas
4. Manipulación indebida por terceros del programa de asignación de citas.
5. Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración
6. Utilizar programas informáticos sin licencia.
7. Delitos informáticos o alteración de la información
8. Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública
9. Cobrar servicios a favor personal.
10. Robo de la plata en el área de facturación.
11. Pérdida de factura en la EPS con beneficio propio.
12. Aceptación ilegal de glosas.
13. No entrega de facturas al área de radicación sin causa justa.
14. Beneficiar a una firma en particular en los estudios de necesidad.
15. Entrega de precios del mercado para fijar el presupuesto oficial.
16. Otorgamiento de contratos con estudios previos superficiales en su contenido.
17. Apropiación o manejo inadecuado de control de los bienes de menor y mayor cuantía.
18. Extralimitación de funciones.
19. Soborno (Cohecho). Aceptar o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo.
20. Contratación viciada de nulidad.
21. Omisión de los requisitos legales para el nombramiento o contratación de servicios.
22. Designar supervisores o interventores que no cuentan con los conocimientos para desarrollar la función.
23. Extemporaneidad en la presentación de los informes a entes de control y vigilancia del hospital (DIAN, Contaduría General de la Nación).
24. Ofrecimiento de beneficios para acelerar los pagos(Concusión).
25. Manejo adecuado de los dineros otorgados mediante avances.
26. Manejo inapropiado de los recursos destinados para el funcionamiento de la caja menor.

RIESGOS DE CORRUPCION 2020

1. Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización (Peculado, Peculado por apropiación, peculado por uso) o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo (Cohecho)
2. Posibilidad de dar un manejo inapropiado de los recursos destinados para el funcionamiento de la caja menor.
3. Posibilidad de hacer liquidación de los rubros de nómina y prestaciones sociales favoreciendo a un funcionario de planta
4. Posibilidad de realizar tráfico de influencias para gestionar turnos de consultas médicas y de procedimientos
5. Posibilidad durante la realización de sus funciones o actividades, acceder a los sistemas de información y alterar su configuración y resultados
6. Posibilidad de evitar la auditoría y radicación de las facturas para beneficio propio o de un tercero
7. Posibilidad de elaborar estudios previos y términos de condiciones para adquisición de insumos y medicamentos favoreciendo a un proveedor
8. Posibilidad que los funcionarios del área jurídica, omitan algún requisito legal o trasgredan lo normado en el manual de contratación para favorecer a terceros la asignación de un contrato o vinculación de personal
9. Posibilidad que los profesionales contratados para la defensa judicial, a cambio de dádivas, por acción u omisión, favorezcan los intereses de terceros (Cohecho)
10. Posibilidad de omisión voluntaria del proceso de supervisión de contratos que favorezcan los intereses de terceros
11. Posibilidad de prestar servicios de imagenología sin facturar para beneficio propio o de terceros
12. Posibilidad de aceptar ofrecimiento de beneficios por acelerar los pagos(Concusión).

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

Riesgos De Corrupción 2020

RIESGOS DE CORRUPCION 2020			ZONA DE RIESGO	RIESGO		RIESGO	
UBICACIÓN SEGÚN ÁREAS	No. RIESGOS DE CORRUPCION	No. DE CONTROLES		INHERENTE	%	RESIDUAL	%
			Extremo	5	41,7	0	0,0
ADMINISTRATIVAS	8	10	Alto	6	50,0	2	16,7
ASISTENCIALES	2	2	Moderado	1	8,3	4	33,3
ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES	2	3	Bajo	0	0,0	6	50,0
Total	12	15	TOTAL	12	100	12	100

Presenta el modelo de cómo se determinó al mapa de riesgos de corrupción 2020:

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2020

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			VALORIZACIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO DEL RIESGO			SEGUIMIENTO:		
CLASE	TIPO	RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	QUE HACER	FECHA DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	FECHA	EVIDENCIAS
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CORRUPCIÓN	1. Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización (Peculado, Peculado por apropiación, peculado por uso) o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo (cohecho)	Verificación sistemática de inventarios priorizando los bienes objeto de seguimiento a través de herramientas propias de cada servicio (arquivos de caja, registros diarios, kardex, listas de chequeo, etc)	Alto	1. Aplicar el control siempre según periodicidad definida en cada proceso caso	La definida por cada líder de	Controles ejecutados/Controles programados x100	Julio y Enero	Herramienta de control diligenciada y firmada según periodicidad definida.
					2. Capacitación de la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y PIC Plan.	Según cronograma o		Julio y Enero	Listados de asistencia
					0	0	0	0	
					0	0	0	0	
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CORRUPCIÓN	4. Posibilidad de realizar tráfico de influencias para gestionar turnos de consultas médicas y de procedimientos	La asignación de turnos de citas médicas y procedimientos se hace en software definido para ello teniendo en cuenta agendas médicas previas	Alto	Asignar turnos en estricto orden cronológico de solicitudes	0	0	Julio y Enero	Informe de coordinación
					Capacitación de la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y PIC Plan.	Según cronograma o		Según cronograma PIC	Listados de asistencia
					0	0	0	0	
					0	0	0	0	

2.1.4 Formulación plan estratégico de desarrollo 2017-2020

Mediante la oficina de planeación se coordinó la formulación del plan estratégico de desarrollo 2017-2020, plan que fue Adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva #004 del 23 de febrero de 2017 y que fue el instrumento que guía la gestión del desarrollo integral del Hospital Universitario San José E.S.E, estableciendo los objetivos, los lineamientos para la acción, las metas deseadas y los medios necesarios para alcanzarlos.

Para la construcción de este plan se consideraron las funciones propias del hospital, el entorno, las fortalezas y las oportunidades de mejora de la institución, así como los medios y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, que dan respuesta a las necesidades y expectativas de los distintos actores, tanto internos como externos.

Su diseño fue participativo contando con los representantes de los usuarios, miembros de la Junta Directiva y líderes de los diferentes procesos del Hospital.

Evaluación Plan de Desarrollo 2017-2020 A de diciembre de 2019



PERSPECTIVA	ACTIVIDADES			
	PROGRAMADAS	CUMPLIDAS	INCUMPLIDAS	RESULTADO
FINANCIERA	3	3	0	100%
CLIENTES	4	4	0	100%
PROCESOS INTERNOS	11	10	1	91%
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	7	7	0	100%
TOTAL	25	24	1	96%

2.1.5 Formulación de los planes de acción 2017, 2018, 2019 y 2020

En consideración a la metodología de planeación definida por la Institución, ésta, se formula desagregada en tres partes: Plan estratégico de desarrollo que determina las actividades y proyectos a ejecutar en 4 años, estas se desglosan en planes de acción anuales que determinan las acciones que se desarrollaran en la vigencia y finalmente la formulación de planes de acción por proceso que establece la actividad que cada proceso debe desarrollar en el año.

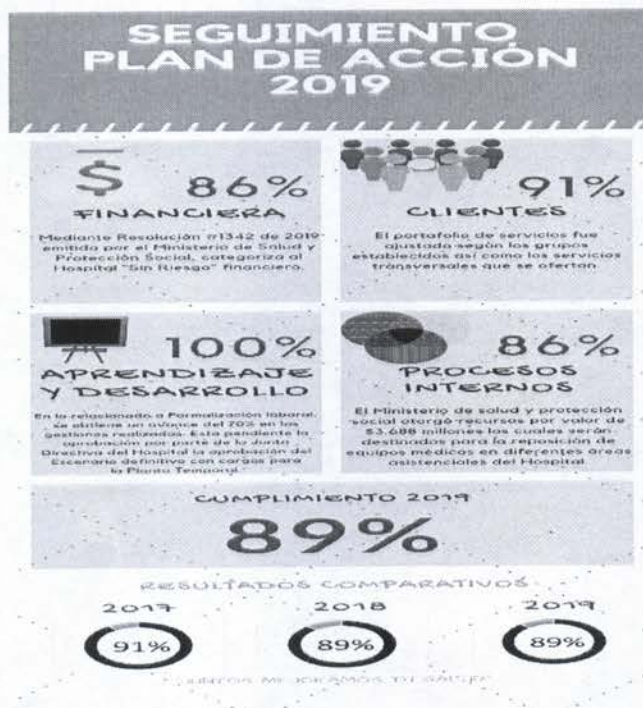
La Oficina asesora de Planeación coordinó la formulación del plan de acción institucional y los planes operativos por procesos para dichas vigencias, de igual manera realizó los seguimientos y la evaluación de los mismos:

Resultado seguimiento plan de acción 2017:

NUMERO DE ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO	DE CON	29	91%
NUMERO DE ACTIVIDADES PLANEADAS		32	

Resultado seguimiento Plan de acción 2018:

NUMERO DE ACTIVIDADES CON CUMPLIMIENTO	59	89,4%
NUMERO DE ACTIVIDADES NO APLICAN	5	
NUMERO DE ACTIVIDADES NO CUMPLEN	7	
NUMERO DE ACTIVIDADES EVALUADAS	66	



2.1.6 Formulación plan de acción integrado 2020

En consideración a lo dispuesto en el decreto Presidencial No.612 de 2018, por el cual se fijan las directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado, la Oficina de Planeación en la Jornada anual de planeación, coordinó la formulación del plan de acción 2020, a este plan se integran los planes definidos en el decreto antes mencionado a saber:

- ❖ Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
- ❖ Plan Anual de Adquisiciones

- ❖ Plan Anual de Vacantes
- ❖ Plan de Previsión de Recursos Humanos
- ❖ Plan Estratégico de Talento Humano
- ❖ Plan Institucional de Capacitación
- ❖ Plan de Incentivos Institucionales
- ❖ Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- ❖ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- ❖ Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- ❖ Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- ❖ Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

OBSERVACION: a la fecha se de entrega del cargo se encuentra pendientes por entregar : PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, para formalizar a través de acto administrativo su adopción y posterior publicación.

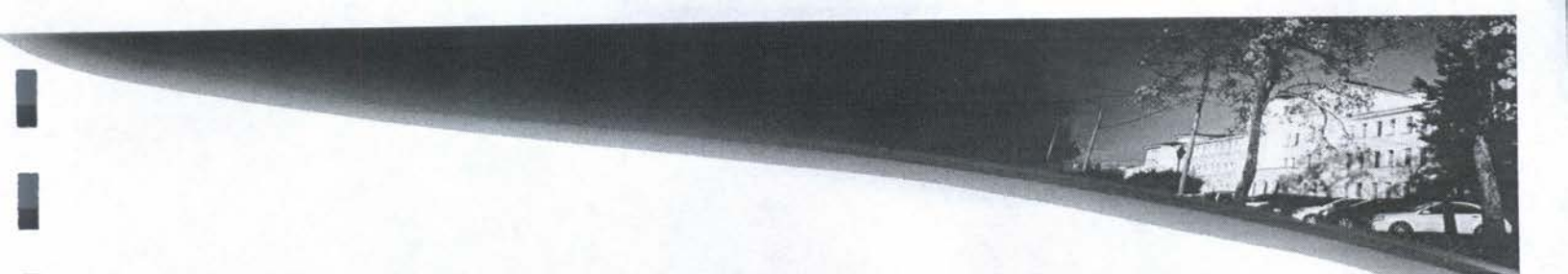
2.1.7 Control Documental

Dentro de las actividades asignadas a la Oficina de planeación, se encuentra la del control documental, en la cual se han logrado documentar caracterizaciones de los procesos, ajustes a las caracterizaciones, estandarización de protocolos, guías clínicas, procedimientos, protocolos, formatos. Con base en lo anterior se ha depurado el listado maestro institucional, a partir de su depuración, se logra determinar que documentos deberán ser actualizados según lo dispuesto normativamente.



2.1.8 Formulación presupuestos 2017,2018,2019,2020

Durante las vigencias 2017 a 2020, la Oficina asesora de planeación ha coordinado la formulación de los proyectos de presupuesto, los cuales han sido presentados y aprobados en Junta Directiva.



2.2 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD 2017-2019 (Monitoreo, seguimiento y evaluación 2017-2019)

2.2.1 Sistema Único de Habilitación

El Sistema Único de Habilitación- SUH- siendo el paso inicial del proceso de mejoramiento continuo para alcanzar la calidad esperada con el Sistema Único de Acreditación, le exige a las instituciones prestadoras de servicios de salud el cumplimiento de los requisitos mínimos para brindar una atención oportuna y segura a los usuarios del sistema.

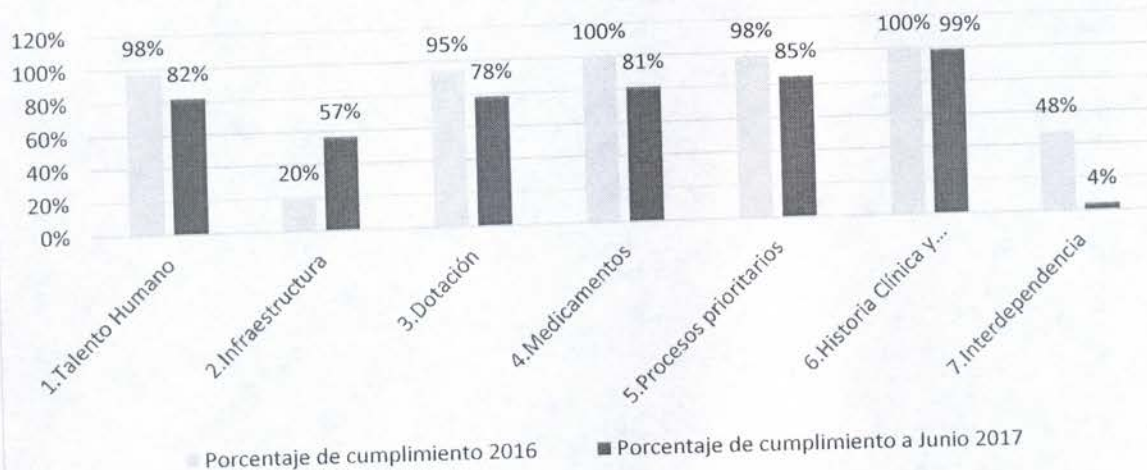
Teniendo en cuenta la obligatoriedad del cumplimiento del SUH se realizó un diagnóstico situacional en el año 2017 donde se evidenció que el HUSJ había certificado 7 servicios con la Resolución 1043 de 2006: unidad de cuidado intensivo neonatal, cuidado intermedio neonatal y cuidado básico neonatal, unidad de cuidado intensivo pediátrico, unidad de cuidado intermedio pediátrico, ginecobstetricia y unidad de cuidado intensivo adulto; no obstante, esta certificación había sido derogada en el año 2013 cuando se emitió la Resolución 1441, que modificó el SUH.

Por lo tanto, el no tener ningún servicio certificado en el Sistema Único de Habilitación:

- Generaba un riesgo en la prestación de los servicios a los usuarios
- Generaba mayores costos por reprocesos institucionales y falta de control
- Incrementaba el riesgo de procesos judiciales por eventos adversos relacionados en la prestación de los servicios
- Incumplían los derechos de los usuarios al brindar una atención no segura y sin los atributos de calidad
- Ocasionaba traumatismos a la red de prestación de servicios del departamento, siendo el HUSJ cabeza de la red.
- Generaba sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la declaración de los servicios prestados
- Debilitaba el reconocimiento de la institución como principal prestador de la red pública del departamento, hospital universitario y único de alta complejidad para el Cauca y los departamentos cercanos al ser centro de referencia.

Teniendo en cuenta que cuando se recibió el proceso, se presentó a esta administración una autoevaluación a 2016 con 98% talento humano, 20% infraestructura, 95% dotación, 100% medicamentos, 98% procesos prioritarios, 100% historia clínica y 48% interdependencia de servicios. El paso inicial fue realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación, con el fin de conocer el estado actual y real del hospital frente a la norma, evidenciando el siguiente resultado por servicio:

Cumplimiento de Estándares de Habilitación 2016/2017 Junio



C								
SERVICIO	TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	DOTACIÓN	MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E	PROCESOS PRIORITARIOS	HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	INTERDEPENDENCIA	TOTAL SERVICIO
1 UCINT	50%	86%	82%	63%	96%	100%	0%	68%
2 Medicina Interna	89%	44%	91%	60%	89%	100%	0%	69%
3 Medicoquirurgicas	89%	52%	91%	60%	89%	100%	0%	62%
4 Ginecología	83%	32%	83%	70%	67%	100%	0%	69%
5 Trauma	89%	56%	91%	60%	89%	100%	0%	73%
6 Quirúrgicas	89%	70%	100%	60%	89%	100%	0%	72%
7 Quemados Adultos	57%	61%	100%	89%	95%	100%	0%	76%
8 Quemados Pediatría	83%	86%	93%	78%	94%	100%	0%	66%
9 Unidad Mental	86%	58%	80%	89%	47%	100%	0%	75%
10 C. Externa General	60%	42%	92%	88%	71%	100%	NA	72%
11 C. Externa Especialistas	60%	61%	64%	88%	59%	100%	NA	73%
12 DX. Cardiovascular	83%	57%	92%	78%	100%	100%	0%	84%
13 Laboratorio Clínico	75%	55%	100%	88%	85%	100%	NA	91%
14 Toma de Muestras	100%	58%	100%	89%	92%	100%	100%	82%
15 Servicio Transfucional	83%	58%	71%	88%	93%	100%	NA	60%
16 Urgencias Adultos	64%	50%	63%	73%	74%	100%	0%	48%
17 Patología	100%	58%	29%	0%	44%	60%	NA	76%
18 Neonatos Básico	100%	55%	91%	89%	100%	100%	0%	77%
19 Neonatos Intermedio	100%	54%	83%	100%	100%	100%	0%	72%
20 Neonatos Intensivo	100%	54%	79%	78%	95%	100%	0%	66%
21 Quirófanos	91%	63%	47%	78%	86%	100%	NA	85%
22 Endoscopia	100%	58%	67%	86%	100%	100%	NA	89%
23 Central de Esterilización	100%	65%	67%	100%	100%	100%	NA	67%
24 Ultrasonido	50%	33%	83%	75%	60%	100%	NA	79%
25 Radiología e Imágenes diagnósticas	100%	69%	91%	100%	92%	100%	0%	77%
26 Quimioterapia	100%	80%	88%	80%	92%	100%	0%	77%
27 Rehabilitación	100%	55%	92%	100%	87%	100%	NA	89%
28 TAM	63%	65%	67%	91%	63%	100%	0%	64%
29 Servicio Farmaceutico	100%	50%	100%	88%	100%	100%	NA	90%
30 Unidad de Cuidados Intensivos ADU	83%	54%	92%	78%	82%	100%	0%	70%
31 Unidad de Cuidados Intensivos PED	50%	61%	46%	100%	40%	100%	0%	57%
32 Urgencias Pediatría	56%	33%	29%	100%	10%	100%	0%	47%
33 Urgencias Ginecología	56%	0%	29%	100%	10%	100%	0%	42%
34 Vacunación	100%	92%	100%	100%	300%	100%	NA	132%
TOTAL ESTANDAR	82%	57%	79%	81%	85%	99%	4%	73%



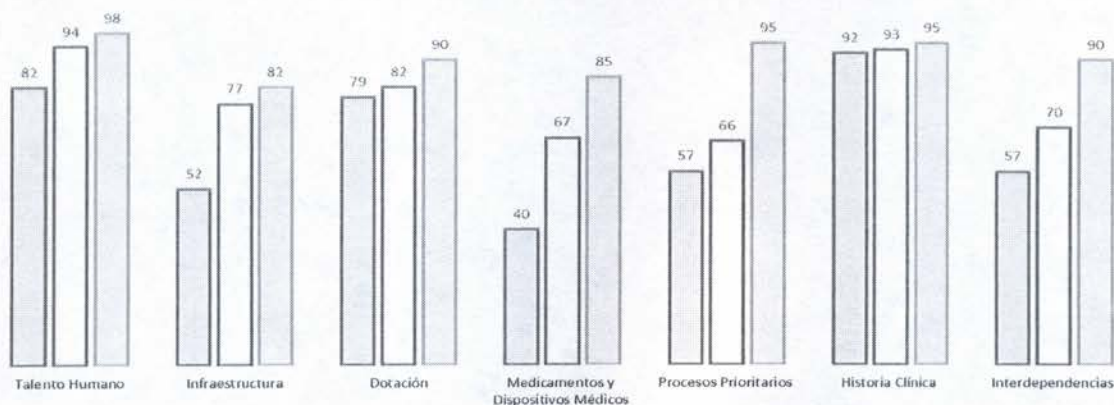
Se evidenció un cumplimiento promedio del 73% donde se observaba la necesidad de una mayor intervención en el estándar de infraestructura e interdependencia de servicios.

Se evidenciaron hallazgos en todos los estándares, donde principalmente la interdependencia al no cumplir los certificados de buenas prácticas de manufactura de gases medicinales

De esta manera el HUSJ decidió direccionar sus esfuerzos para alcanzar la certificación en condiciones de habilitación en sus servicios, en un plan escalonado para certificar de acuerdo a la necesidad de operación, riesgo y recursos; evidenciando el siguiente avance a través del tiempo:

Porcentaje de cumplimiento de los estándares del SUH.
Año 2017-2019

■ 2017 ■ 2018 ■ 2019



Respecto al cumplimiento de los estándares del SUH se evidencia un notable avance a través de estos 3 años, empezando el 2017 con un 73% y cerrando el año 2019 con un cumplimiento del 90,7%.

Al describir los avances en el cumplimiento según grupo de estándares, se evidencian como mayores logros:

2.2.1.1 Estándar de talento humano:

Los colaboradores tanto de planta como asociados a agremiaciones sindicales, personas naturales o jurídicas cumplen con los certificados, credenciales y antecedentes exigidos en la normatividad.

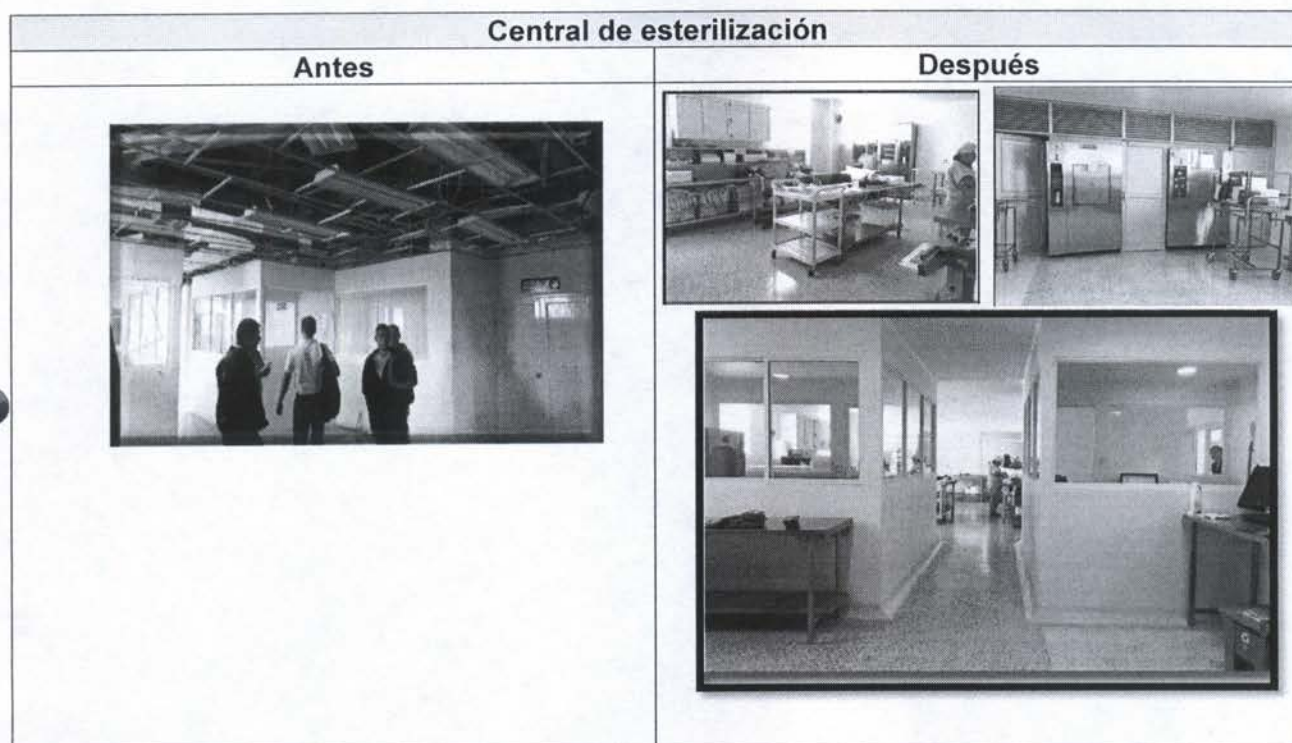
2.2.1.2 Estándar de infraestructura:

Ha sido uno de los estándares con mayor intervención a través del tiempo, en el año 2017 se solicitó asistencia técnica por parte de la Secretaría de Salud Departamental para verificar todos

los servicios y de esta manera desprender el proceso de infraestructura. Basados en este diagnóstico se realizaron todas las obras donde en el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud fue el enfoque:

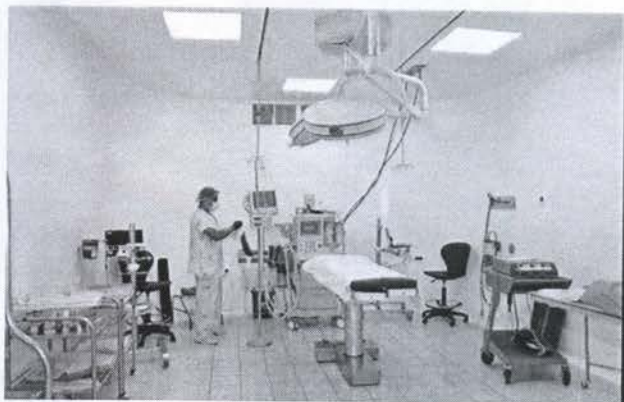
- ❖ Se invirtió en el **año 2017: \$1.340.062.422** millones de pesos, en obras de infraestructura en Banco de Leche Humana, central de esterilización, patología, quirófanos.
- ❖ Se invirtió en el **año 2018: \$1.463.098.476** millones de pesos, en obras de consulta externa, quemados pediatría y adultos, Rehabilitación, Ginecobstetricia, Patología, Nefrología, Fachada principal, compra e instalación de ascensores camilleros, sistema de aire especializado.
- ❖ Se invirtió en el **año 2019: \$1.713.598.509** millones de pesos en el proyecto de adecuación cuarto piso para ampliar servicio de hospitalización, construcción, acondicionamiento, mantenimiento de nuevos espacios en la infraestructura hospitalaria.







Quirófanos



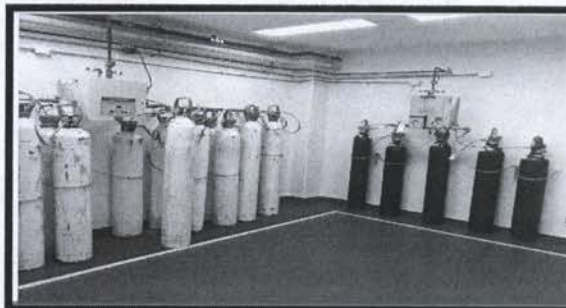
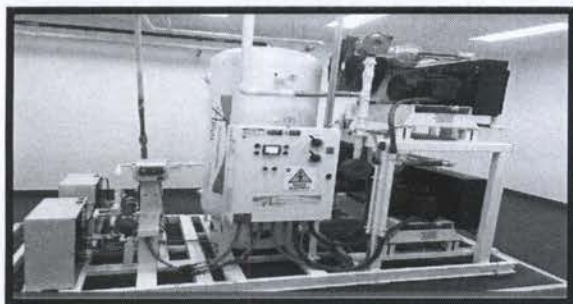
Consulta externa



Central de mezclas



Central de gases medicinales



Salas de parto



2.2.1.3 Estándar Dotación y equipos biomédicos:

- ❖ La administración invirtió un total de **\$3.754.007.577** millones de pesos en equipos biomédicos y un total de **\$1.535.530.793** millones de pesos en equipos industriales, basados en la autoevaluación realizada para la habilitación de los servicios.
- ❖ Los equipos corresponden principalmente a aquellos faltantes para el cumplimiento del estándar de dotación en los servicios priorizados para certificar.
- ❖ Los equipos industriales responden principalmente a aire especializado que se requiere en los ambientes de aislamiento iniciando en UCIP, Banco de Leche, laboratorio clínico, farmacias y cirugía. Además de la compra de equipos para la conservación de la cadena de frío, necesarios para la certificación en habilitación y en buenas prácticas de elaboración de mezclas.
- ❖ Se ajustaron los procedimientos relacionados con el historial de equipos: hojas de vida, rutinas de mantenimiento.
- ❖ Mejoramiento de la gestión del programa de Tecnovigilancia y articulación con los programas de vigilancias relacionados con seguridad del paciente.

Equipo de Rayos X



2.2.1.4 Estándar medicamentos, dispositivos médicos e insumos:

Se recertificó el proceso de Buenas Prácticas de Elaboración en la central de mezclas institucional por 5 años en los procesos Estériles y No Estériles en las formas farmacéuticas líquidos y sólidos en la central de mezclas del hospital, proceso transversal a todos los servicios asistenciales de la Institución que permite la elaboración y mezclas de nutrientes estériles, adecuación, mezcla y ajuste de concentraciones de medicamentos oncológicos estériles, medicamentos estériles.

Los Programas de Farmacovigilancia, Tecno vigilancia, Reactivo vigilancia y Seguridad del paciente se encuentran en el primer lugar a nivel departamental según reporte de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca.



Avances en el proceso de certificación de Gases Medicinales: El hospital nunca había hecho la evaluación del proceso de certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de gases medicinales, la cual es OBLIGATORIA para la certificación de todos los servicios hospitalarios y críticos. Por lo tanto, en el año 2017 se inicia el proceso, el cual ha sido largo y dispendioso.

Ha sido acompañado por la secretaría de salud departamental y por expertos para poder lograr la certificación propuesta inicialmente para el mes de Marzo de 2020, pero que debido a la pandemia se aplazó hasta nueva orden.

El proceso conlleva intervención en talento humano, procesos prioritarios, dotación infraestructura especialmente la realización de planos de las redes de aire medicinal con las cuales no contaba el hospital, adecuación de las mismas, compra de equipos biomédicos e industriales para la producción de aire y la adecuación de la central de mezclas.

En el momento se están produciendo lotes de gases medicinales, a la fecha se liberó el 2 lote de producción, cada lote es de 7 días, se está realizando bajo los estándares normativos vigentes y la farmacopea actual, los cuales son necesarios para poder completar los estándares, presentar la validación por la empresa CRYOGAS que es el proveedor autorizado por INVIMA para la evaluación externa y así pedir la visita del ente nacional.

2.2.1.5 Estándar procesos prioritarios:

A pesar de que el estándar en la entrega de administración (2016) fue evaluado en un 98% de cumplimiento, al realizar la autoevaluación y con la posterior visita de la SSD en el año 2017 se evidenció que era uno de los estándares con más bajo cumplimiento.

El proceso de Guías de Práctica Clínica (GPC) se ajustó completamente a la normatividad vigente, por lo que fue necesario iniciar un nuevo proceso que se continúa implementando para la adopción de GPC, con la metodología establecida por Ministerio de Salud y el IETS. Se ajustó el proceso a realización por grupo de adopción y las especialidades.

En el año 2018, se realizó creación, adopción y actualización de 162 documentos entre guías de práctica clínica, procedimientos, protocolos y manuales institucionales:

Total de guías de práctica clínica institucional (incluye ministerio)	Guías de práctica clínica realizadas y actualizadas 2018	Procedimientos	Protocolos	Manuales
298	36	38	82	6

NEUROCIRUGIA	109	132	83%
TOTAL	3353	3486	96%

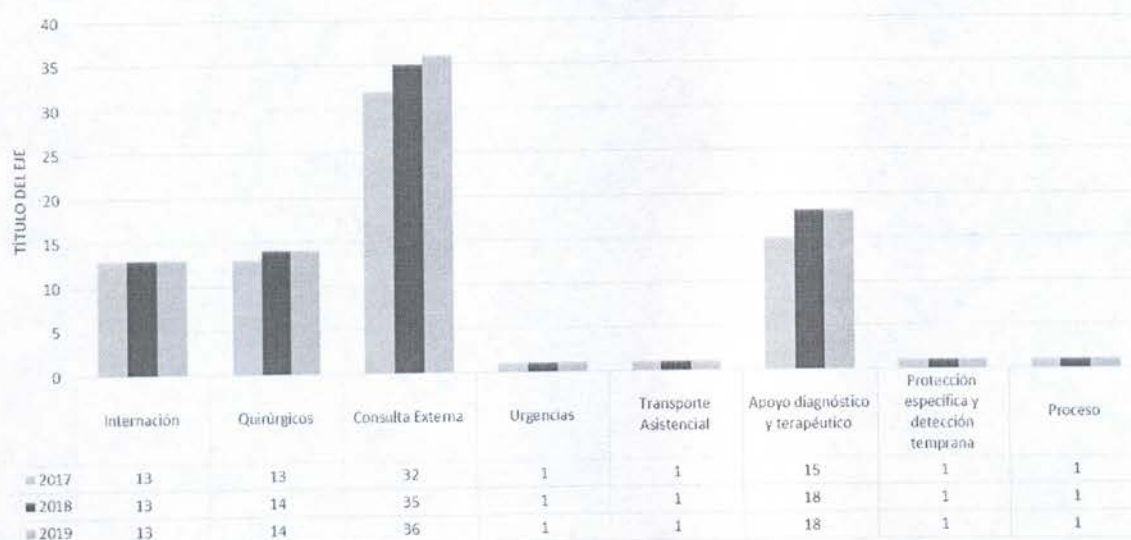
Según las listas de chequeo aplicadas al personal de enfermería y auxiliar de enfermería de los protocolos institucionales durante el año 2019 alcanzaron una adherencia correspondiente al 93% a nivel institucional.

2.2.1.6 Nuevos servicios

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES – REPS:

Asimismo, se han declarado servicios adicionales en el Registro Especial de Prestadores REPS, como se puede observar en la siguiente gráfica:

Servicios declarados en el Registro Especial de Prestadores -
REPS 2017-2019



Enfocados siempre en el marco de la visión institucional se dio apertura a servicios de alta complejidad tales como: hematología, cirugía ginecológica laparoscópica, nefrología pediátrica, urología-litotricia urológica, hemodiálisis, diálisis peritoneal, nutrición y pediatría.



Contando adicionalmente con un incremento en la capacidad instalada, para dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios:

Capacidad instalada

		2017	2018	2019
AMBULANCIAS	Medicalizada	1	1	1
CAMAS	Pediátrica	16	16	16
CAMAS	Adultos	137	137	148
CAMAS	Obstetricia	27	27	27
CAMAS	Cuidado Intermedio Neonatal	15	15	15
CAMAS	Cuidado Intensivo Neonatal	15	15	15
CAMAS	Cuidado Intermedio Pediátrico	2	2	2
CAMAS	Cuidado Intensivo Pediátrico	6	6	6
CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	24	24	24
CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	29	29	29
CAMAS	Unidad de Quemados Adulto	6	6	6
CAMAS	Psiquiatría	9	9	9
CAMAS	Unidad de Quemados Pediátrico	7	7	7
CAMAS	Cuidado Agudo Mental	5	5	5
CAMAS	Cuidado básico neonatal	5	5	5
SALAS	Quirófano	6	7	7
SALAS	Partos	2	2	2
SALAS	Procedimientos	1	1	3
SILLAS	Sillas de Quimioterapia	5	5	5
SILLAS	Sillas de Hemodiálisis	0	0	4
CAMILLAS OBSERVACION	Urgencias adultos	60	60	60
	Urgencias ginecobstetricia	10	10	10
	Urgencias pediatría	10	10	10

2.2.1.7 Resultados

Es así como se cumple con los objetivos propuestos de certificación de servicios y después de un arduo trabajo en equipo se **certifican** en habilitación, los siguientes **16 servicios en el año 2018**:

- Anestesia
- Cirugía general
- Medicina interna
- Nefrología
- Oftalmología
- Neuropediatría
- Reumatología
- Urología
- Cirugía laparoscópica
- Cirugía de tórax
- Cirugía plástica y estética
- Nefrología pediátrica
- Ortopedia y traumatología
- Transporte asistencial medicalizado
- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal

República de Colombia



Gobernación del Departamento del Cauca
Secretaría de Salud
Área Calidad de los servicios

LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA

CERTIFICA

Que la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPEYÁN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, identificada con **Nit. No. 891580002-5**, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud del Departamento del Cauca, con el **Código No. 1900100031-01**, Institución Prestadora de Servicios de Salud, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142 del municipio de Popayán.

La Comisión Técnica de Verificación del Área de Calidad de los servicios, de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, realizó visita a la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPEYÁN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, en la sede con **Código de Habilitación No. 1900100031-01**, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142, constatando que una vez terminada la verificación, la IPS en mención, **CUMPLE**:

- CON LAS CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS,
- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA
- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICAS

PARA **HABILITACIÓN** que le aplican, definidas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014 y las normas que las modifican, adicionan o sustituyan, así como la normatividad complementaria, para los **servicios**:

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD	No. DESTINTIVO
301	ANESTESIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016065
304	CIRUGÍA GENERAL	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016067
329	MEDICINA INTERNA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016078
330	NEFROLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016079
335	OFTALMOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016082
339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016084

Secretaría de Salud
Calle 5 # 15-57 Popayán - Colombia | Tel: 8399901
www.saluddepartamentalcauca.gov.co
cauca.salud@saluddepartamentalcauca.gov.co
Cel: 3188117428



RESOLUCIÓN Nro. 2818046429 del 29 de Octubre de 2018

Por la cual se concede la **Renovación de la Certificación de Buenas Prácticas de Elaboración** al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPEYÁN E.S.E.**, IDENTIFICADO CON NIT No. 891580002-5

CONSIDERACIONES

Que conforme al Artículo 29° de la Resolución 1400 de 2007, corresponde al INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, según el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración por parte de los servicios farmacéuticos de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que mediante el Artículo 3° de la Resolución 0444 del 12 de febrero de 2009, establece que para la otorgación de la certificación de Buenas Prácticas de Elaboración se ajustará conforme a lo establecido en el Decreto 949 de 2001, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Que el Artículo 3° de la Resolución 9414 del 12 de febrero de 2009, establece que el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración tendrá una vigencia de cinco (5) años, contada a partir de la fecha de su expedición.

Que la Certificación de Buenas Prácticas de Elaboración aplica a los Establecimientos Farmacéuticos señalados en el Artículo 2.3.3.10.11 del Decreto 780 de 2016, que según lo señalado en el parágrafo 5 del Artículo 11 del Decreto 2000 de 2000 y a los Servicios Farmacéuticos de instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que elaboran preparaciones magistrales y que realizan las operaciones de elaboración, transformación, preparación, mezcla, selección y ajuste de concentraciones de dosis, empaque y envasado de medicamentos, dentro del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios en áreas especializadas.

Que el Artículo 2.3.3.10.13 del Decreto 780 de 2016 que según el Artículo 14 del Decreto 2250 de 2000, modificado por el artículo 4 del Decreto 2330 de 2008, crea el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico. Esta es determinada por la Resolución 1400 de 2007 que adoptó el Manual de Condiciones Técnicas y Procedimientos del Servicio Farmacéutico y otras disposiciones.

Que mediante la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos concuerdan en vista practicada los días 22, 23, 24 y 25 de octubre de 2018, que el establecimiento **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPEYÁN E.S.E.**, ubicado en la Carrera 6 No. 10N-142 de Popayán-Cauca, **CUMPLE** con las **BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN**, por lo cual se otorga.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. Conceder la **RENOVACIÓN** de la **CERTIFICACIÓN** de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Elaboración por el término de cinco (5) años contados a partir de la expedición de la presente Resolución al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPEYÁN E.S.E.**, ubicado en la Carrera 6 No. 10N-142 de Popayán-Cauca, para las siguientes procesos y/o actividades:

PROCESO O ACTIVIDAD	ESTÉRILES	FORMAS FARMACÉUTICAS
Ajustación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos No Estériles		Líquidos
Ajustación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos Estériles		Líquidos
Preparación de soluciones Farmacéuticas		Sólidos
PROCESO O ACTIVIDAD	NO ESTÉRILES	FORMAS FARMACÉUTICAS
Reempaque de medicamento		Sólidos
Preparaciones Magistrales		Líquidos (Soluciones y Suspensiones)

NOTAS ACLARATORIAS:

1. Preparación magistral: Es el preparado o producto farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de control farmacéutico.
2. La selección y ajuste de concentraciones de medicamentos, Oculares, No estériles, y soluciones parenterales se realizan en áreas independientes y exclusivas.
3. Los medicamentos de pastilla que van a ser sometidos a mezcla, selección y ajuste de concentraciones de

EL FOLIO IMPRESO DE ESTE DOCUMENTO ES UNA COPIA NO CONTROLADA
ABR-ARV-0028 - 001 - 00/0000

Página 1 de 4

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
Bogotá
Avenida Calles 14 y 15 - B
Avenida Calles 14 y 15 - B
(1) 2540700
www.invima.gov.co



Asimismo, el INVIMA recertificó el 29 de octubre de 2018 el proceso de Buenas Prácticas de Elaboración por 5 años en los procesos Estériles y No Estériles en las formas farmacéuticas líquidos y sólidos en la central de mezclas del hospital.

Valor de la inversión: \$188.326.068

Para el año 2019, se **certifican** en habilitación, los siguientes **17 servicios**:

- Medicina del dolor y cuidados paliativos
- Medicina física y rehabilitación
- Fisioterapia
- Cardiología consulta externa
- Fonoaudiología
- Oncología clínica consulta externa
- Servicio transfusional
- Unidad mental
- Psiquiatría consulta externa
- Esterilización
- Terapia respiratoria
- Diagnóstico cardiovascular
- Ecocardiografía
- Vacunación
- Hospitalización en unidad de salud mental
- Laboratorio de patología
- Laboratorio clínico

LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA

CERTIFICA

Que la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, identificada con **NIT. No. 891580002-5**, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud del Departamento del Cauca, con el **Código de Habilitación No. 1900100031-01**, Institución Prestadora de Servicios de Salud, con domicilio en la carrera 6 # 10 N-142 del municipio de Popayán.

La Comisión Técnica de Verificación del Área de Calidad de los servicios, de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, realizó visita a la IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en la sede con Código de Habilitación No. 1900100031-01, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142, constatando que una vez terminada la verificación, la IPS en mención, **CUMPLE**:

- CON LAS CONDICIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS,
- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA
- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICAS

PARA HABILITACIÓN que le aplican, definidas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 1003 de 2014 y las normas que las modifican, adicionan o sustituyen, así como la normatividad complementaria, para los servicios:

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD	No. DISTINTIVO
126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	INTRAMURAL HOSPITALARIO	MEDIA	DHS211598
302	CARDIOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016066
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - SI ONCOLÓGICO	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016071
327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016077
336	ONCOLOGÍA CLÍNICA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA - ALTA	DHS016083

Secretaría de Salud
Calle 5 P 14-57 Popayán - Colombia | Tel: 8209901
www.saluddepartamental.cauca.gov.co
@sdc-cauca | @saluddepartamental
Cec. 820821748



2.2.2 Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad- PAMEC

El Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad del Hospital ha tenido como objetivo promover el mejoramiento continuo en los procesos con el fin de alcanzar la satisfacción de los clientes internos y externos, por medio de la evaluación de la calidad, identificación de oportunidades de mejora y el diseño, evaluación y seguimiento de los planes de mejora estipulados para el cierre de brechas de desempeño.

Para ello, el programa define las acciones a realizar durante el año evaluado para dar cumplimiento a los estándares de acreditación en salud, con el propósito de efectuar un seguimiento sistemático encaminado a la mejora que tiene un alcance a todos los procesos del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, tanto estratégicos, como de apoyo y misionales.

El proceso seguido por la Institución para la elaboración del PAMEC está basado en la Ruta crítica definida por el Ministerio de Protección Social.

Es así como a través de un seguimiento exhaustivo se ha cumplido año a año más del 90% de las acciones de mejora establecidas por los equipos de II nivel de la institución, tal como se evidencia en la siguiente tabla:

PAMEC	Acciones planeadas	Acciones cumplidas	Porcentaje de cumplimiento
Año 2017	357	337	94%
Año 2018	298	282	95%
Año 2019	310	286	92%

La estructuración y seguimiento al cumplimiento de las actividades se realiza a través de las reuniones de II nivel de la institución conformado por los coordinadores de servicios y líderes de calidad.



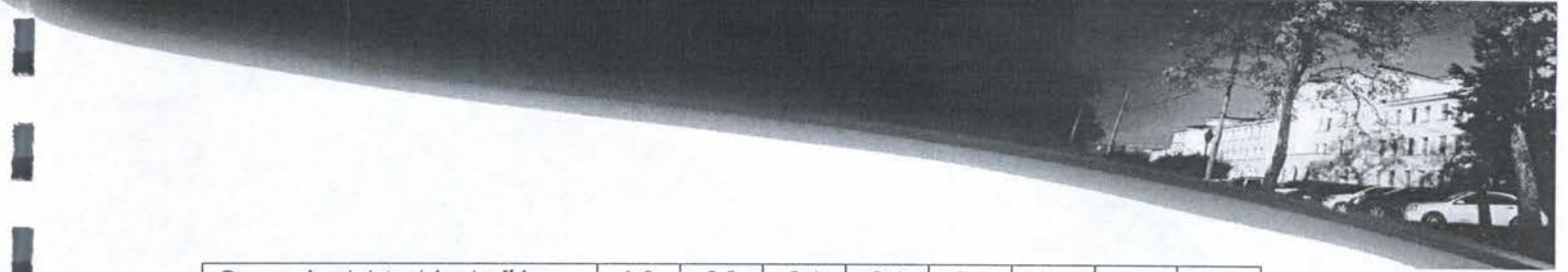
2.2.3. Sistema Único de acreditación

2.2.3.1 Autoevaluación de estándares de acreditación:

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE se ha propuesto como meta avanzar en el cumplimiento de los requerimientos del Sistema Único de Acreditación, por lo que realiza un proceso de autoevaluación interna de una serie de estándares que propenden por garantizar y mejorar la calidad de la atención del usuario y su familia; esta evaluación es realizada por los equipos de mejoramiento de II nivel de la institución, los cuales se reúnen cada año en el mes de Diciembre para realizar la autoevaluación cuanti-cualitativa de los estándares de acreditación, a través de la hoja radar, calificando enfoque, implementación y resultado de los estándares.

Cada diciembre, se realiza la autoevaluación de los estándares de acreditación que además de ser una herramienta para medir (cuantitativamente) los avances en el mejoramiento continuo de la calidad es un insumo necesario para la elaboración del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

ESTANDARES	2012	Nov 2013	Dic 2014	Dic 2015	Nov 2016	Dic 2017	Dic 2018	Dic 2019
Cliente Asistencial	2.4	3.0	3.0	3.0	2.7	2.6	3	2.3
Direccionamiento	1.0	2.8	3.1	3.2	3.2	3	3.5	2.5
Gerencia	1.0	2.0	2.4	3.0	2.6	2.7	3.5	2.4
Gerencia de la información	1.0	2.0	2.0	3.0	3.4	3.1	3.4	2



Gerencia del Ambiente físico	1.0	2.0	2.6	3.4	3.4	2.6	3.4	2.1
Gerencia del Talento Humano	1.0	2.5	3.0	3.0	3.2	2.6	3.2	1.8
Gestión de la tecnología	1.0	2.0	2.8	3.0	3.3	2.6	3.4	2.1
Mejoramiento de la Calidad	1.0	2.8	3.0	3.0	3.0	2.8	3.4	2.4
Total	1.1	2.3	2.7	3.1	3.1	2.8	3.3	2.2

En el mes de junio de 2017, se realizó autoevaluación de los estándares de acreditación como diagnóstico inicial de la presente Administración, teniendo en cuenta que no se encontraron evidencias del cumplimiento de los estándares evaluados.

Por lo tanto, se solicitó concepto al Ministerio de Salud quienes informaron al Hospital que se podía ubicar el resultado de la autoevaluación de Junio como línea de base para la gestión de la actual Administración, dicho resultado fue 2,6. Posteriormente, en el mes de Diciembre 2017 se realizó una segunda autoevaluación de los estándares de acreditación, obteniendo como resultado 2,8; por lo tanto, se obtuvo un mejoramiento de 1,07 cumpliendo la meta establecida para la institución.

Asimismo, el cierre para diciembre del año 2019 fue de 2.2 evidenciando un descenso en comparación con el año 2018, generado probablemente al mayor conocimiento de líderes y coordinadores de procesos en la estructura del sistema único de acreditación, fortalecimiento ocasionado por la capacitación recibida de ACESI en convenio con el SENA a través del Diplomado de alistamiento de instituciones prestadoras de servicios de salud para alcanzar la certificación de estándares superiores de calidad.

2.2.3.2 Jornadas de actualización en sistema obligatorio de garantía de la calidad:

En el año 2018, se realizó la **I Jornada de actualización en el SOGCS** en el auditorio de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, logrando la participación de más de 400 colaboradores pertenecientes tanto a personal de planta como a las agremiaciones sindicales, personas naturales o jurídicas.

Los temas tratados durante la Jornada fueron:

- ❖ Sistema Único de habilitación – Secretaría Departamental de Salud del Cauca
- ❖ Sistema único de acreditación – Hospital Susana López de Valencia
- ❖ Sistema de Información para la Calidad - Secretaría Departamental de Salud del Cauca
- ❖ PAMEC – Universidad del Cauca

En el año 2019, se realizó la **II Jornada de actualización en el SOGCS: practicas exitosas**, en el auditorio de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, logrando la participación de 281 colaboradores pertenecientes tanto a personal de planta como a las agremiaciones sindicales, personas naturales o jurídicas.

Los temas tratados durante la Jornada fueron:

- ❖ Práctica exitosa en acreditación en salud – Hospital Susana López de Valencia

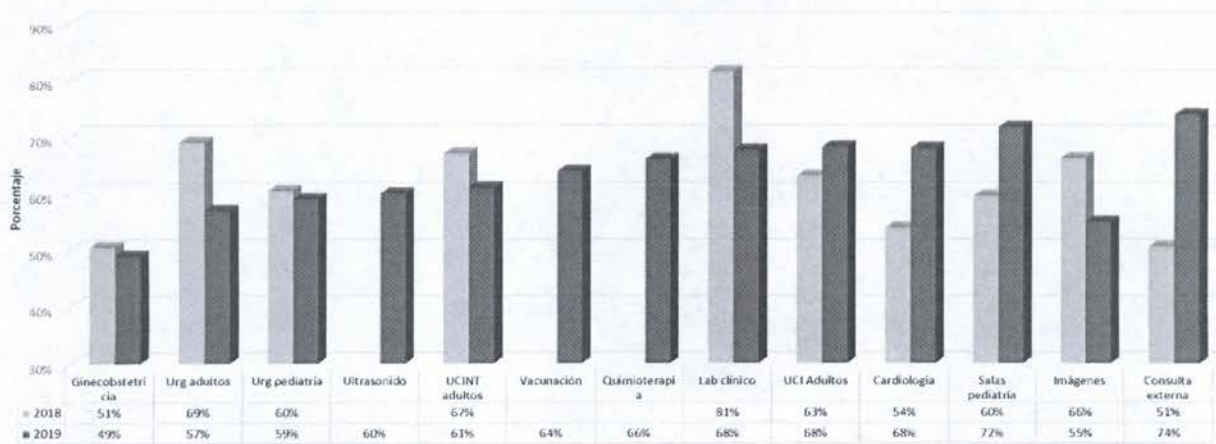
- ❖ Integralidad en el manejo del cáncer - Clínica La Estancia
- ❖ Gestión del Riesgo en el uso de Medicamentos – Centro Médico Imbanaco
- ❖ Parto humanizado - Universidad del Cauca
- ❖ Humanización en la atención en salud - Fundación Famiclown
- ❖ La implementación de la política de donación de órganos y tejidos del Hospital Universitario San José de Popayán: una experiencia exitosa donando vida.

2.2.3.3 Auditorías internas:

El plan de auditorías para el mejoramiento de la calidad del Hospital Universitario San Jose de Popayan ESE, es concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación, implica la realización de actividades de evaluación y mejoramiento de los procesos, donde se compara la calidad observada con la esperada y se adoptan medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas y a mantener las acciones de mejora realizadas.

El objetivo de las auditorías es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol, para ello se han ejecutado auditorías internas en el año 2018 y 2019, evidenciando el siguiente resultado que servicios como ginecobstetricia, urgencias adultos, laboratorio clínico, unidad mental, internación general, endoscopia y cuidados intermedios bajaron el cumplimiento

Resultados auditorías internas 2018-2019. Hospital Universitario San José



De las 36 guías de práctica clínica actualizadas se realizaron adherencias de 32 guías:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ	CONSOLIDADO DE ADHERENCIA POR SERVICIOS PROTOCOLOS DE ENFERMERIA		GCA-CA-PD26-FOIE3
			Versión:0
SERVICIO	Items aritméticos	Total de Items	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
CIRUGIA Y ENDOSCOPIA	3686	3877	96%
CONSULTA EXTERNA	1278	1373	93%
INTERNACION	4964	5250	96%
GINECOLOGIA	3793	4033	94%
UCI	3244	3405	95%
UNIDAD MENTAL	1913	1937	99%
NEONATOS	1340	1395	95%
SALAS PEDIATRIA	1535	1537	99%
URGENCIAS PEDIATRIA	2311	2380	96%
QUEMADOS PEDIATRIA	1597	1629	97%
UCINT	2092	2197	94%
REHABILITACION	1014	1074	93%
UCIP	3439	3528	96%
URGENCIAS ADULTOS	1551	1729	90%
HEMODIALISIS	671	719	97%
TOTAL	34428	36063	95%

Según las listas de chequeo aplicadas al personal auxiliar de enfermería, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos y médicos especialistas de las guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos institucionales durante el año 2018 alcanzaron una adherencia correspondiente al **88%** a nivel institucional.

En el año 2019, se realizó creación, adopción y actualización de **244** documentos entre guías de práctica clínica, procedimientos, protocolos y manuales institucionales:

Guías de práctica clínica	Procedimientos	Protocolos	Manuales
41	50	147	6

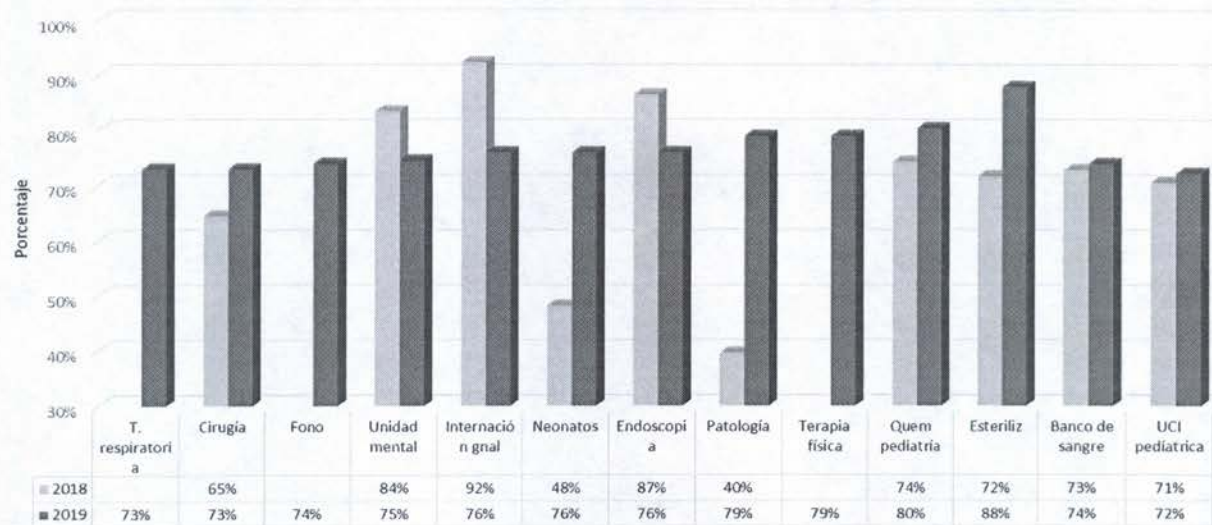
Los especialistas durante el año 2019 desarrollaron las actividades programadas con un cumplimiento del **92%** en los cronogramas, dentro de los cronogramas se planearon actividades de adherencia de guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos médicos con un cumplimiento del **96%**

ESPECIALIDAD	ITEMS CUMPLIDOS	TOTAL DE ITEMS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
ANESTESIOLOGIA	180	187	96%
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	365	376	97%
UROLOGIA	136	139	98%
OFTALMOLOGIA	82	85	96%
TRAUMATOLOGIA	120	120	100%
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	564	627	90%
FETAL MED	767	772	99%
ENDOVIDE0	171	171	100%
CIRUGIA MAXILOFACIAL	415	427	97%
MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	444	450	99%



Mientras que se evidencia mejoría en servicios como UCI adultos, cardiología, salas pediátrica, cirugía, neonatos, patología, quemados pediátrica y esterilización.

Resultados auditorías internas 2018-2019. Hospital Universitario San José

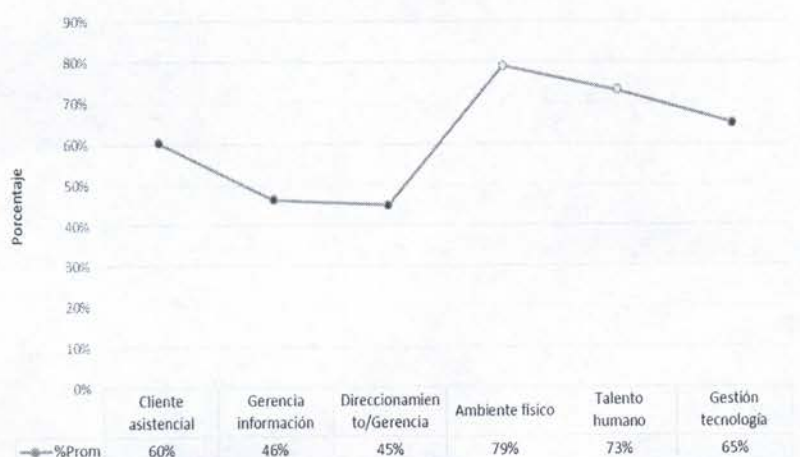


Cabe resaltar que los resultados menores al 69% son insatisfactorios, del 70 al 89% medianamente satisfactorios y superiores al 90% son satisfactorios.

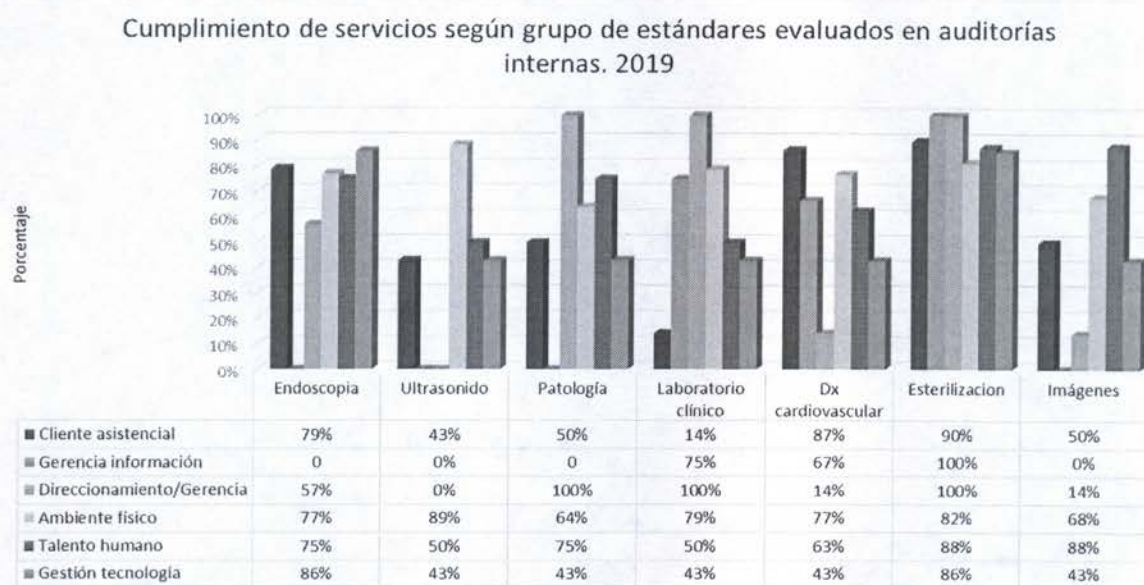
Respecto a la evaluación por grupo de estándares, en el año 2019, se evidencia que ambiente físico obtuvo el mayor cumplimiento en las auditorías, seguido por talento humano, aunque ninguno alcanzó el 90% que es el nivel óptimo.

El grupo con bajo cumplimiento es direccionamiento y gerencia, seguido por gerencia de la información.

Cumplimiento según grupo de estándares evaluados en auditorías internas. 2019

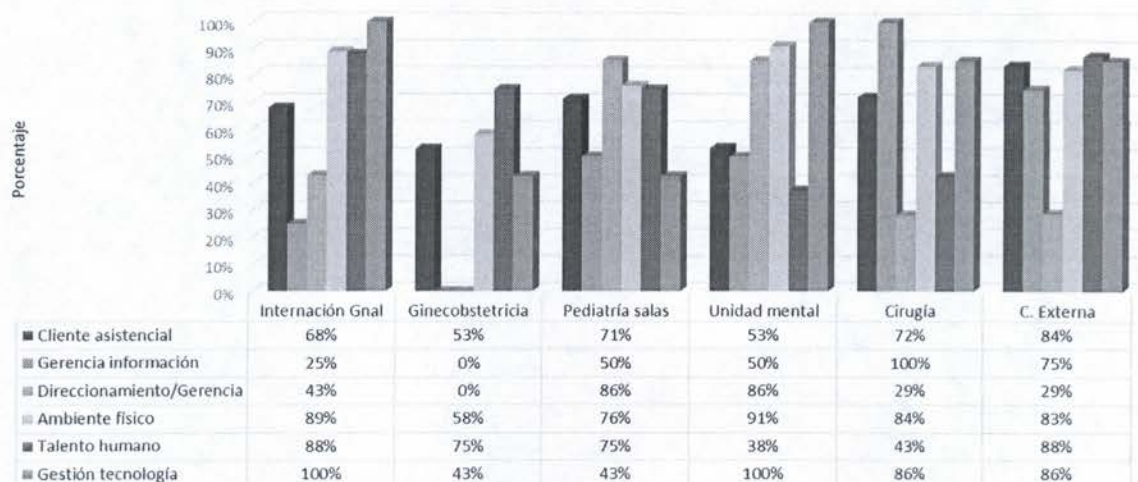


A fin que los coordinadores y líderes de calidad conozcan los grupos de estándares a los cuales deben apuntar la mayor parte de sus esfuerzos, se presenta grafica de cumplimiento de los grupos de estándares respecto a cada servicio:

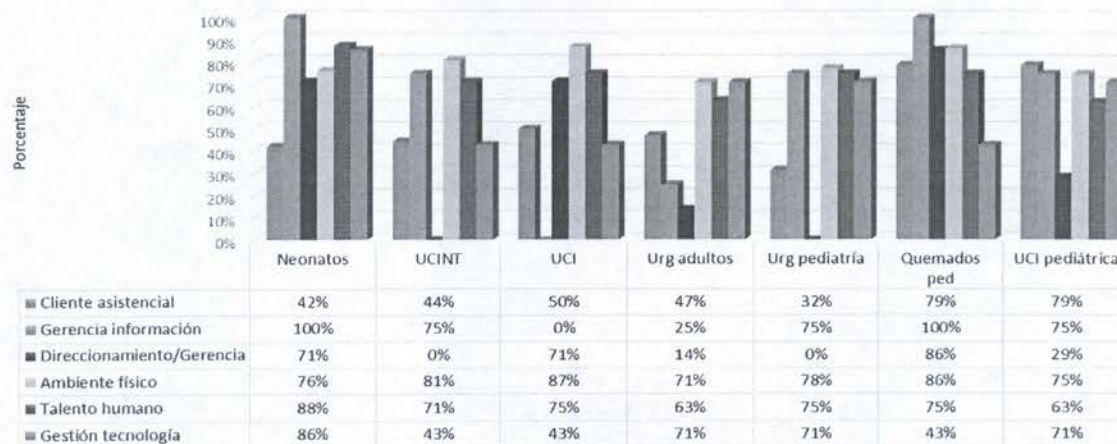




Cumplimiento de servicios según grupo de estándares evaluados en auditorías internas. 2019

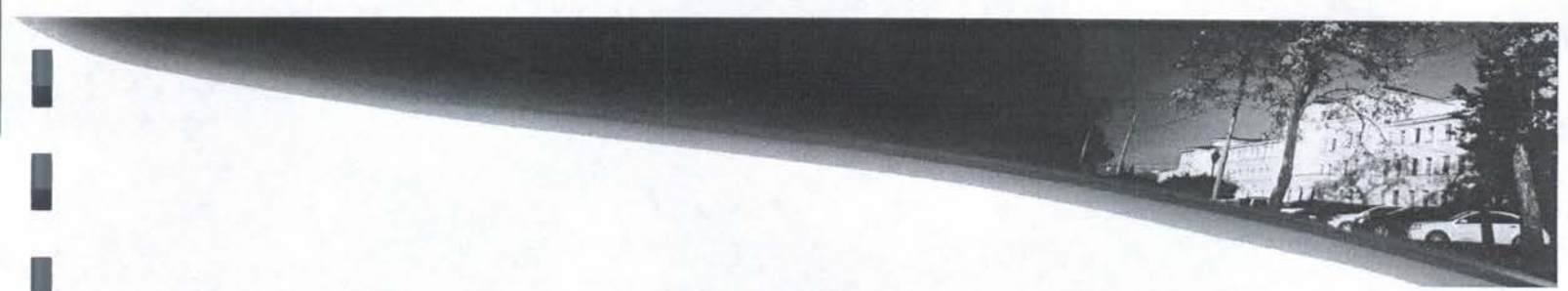


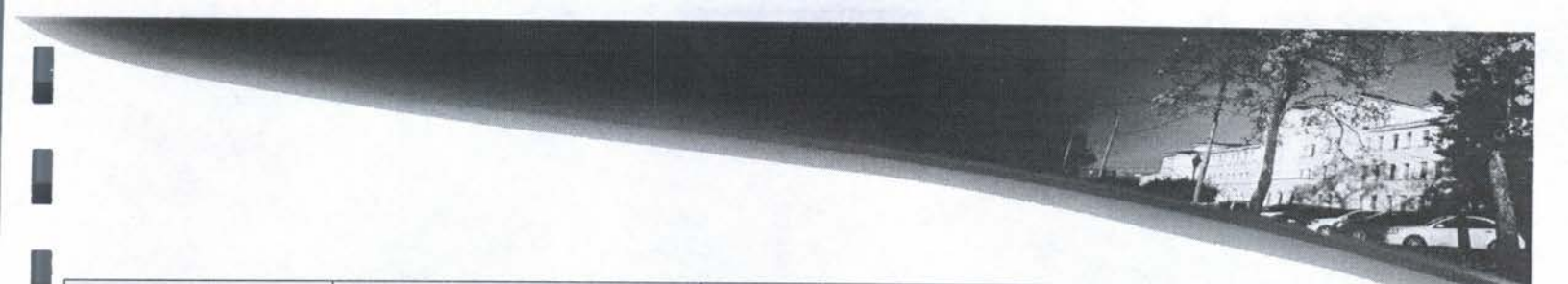
Cumplimiento de servicios según grupo de estándares evaluados en auditorías internas. 2019



SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA

De las auditorías internas se generaron 339 acciones de mejora, a las cuales se les realizó seguimiento en los meses de agosto y diciembre de 2019, donde se obtuvo el siguiente resultado:





Servicio	Agosto			% cumplimiento Agosto	Diciembre			% cumplimiento o Diciembre
	No. Actividad	Cumplida	Pendiente		No. Actividad	Cumplida	Pendiente	
Esterilización	6	2	4	33,3	6	4	2	66,6
U. Mental	13	6	7	46,2	13	11	2	84,6
Ginecobstetricia	17	8	9	47,1	17	15	2	88,2
Diagnóstico Cardiovascular	12	6	6	50,0	12	10	2	83,3
Serv. Farmacéutico	24	12	12	50,0	24	24	0	100
Respiratoria	8	5	3	62,5	8	6	2	75
Imágenes	19	12	7	63,2	19	19	0	100
Quemados ped	12	8	4	66,7	12	10	2	83,3
Ultrasonido	13	9	4	69,2	13	12	1	92,3
Consulta externa	11	8	3	72,7	11	10	1	90,9
Quimio	9	7	2	77,8	9	8	1	88,8
Patología	11	9	2	81,8	11	11	0	100
Serv. Transfusional	18	15	3	83,3	18	17	1	94,4
UCINT	13	11	2	84,6	13	12	1	92,3
Urgencias adultos	16	14	2	87,5	16	16	0	100
Neonatos	19	17	2	89,5	19	19	0	100
Urgía	10	9	1	90,0	10	9	1	90
Pediatría	11	10	1	90,9	11	10	1	90,9
UCI pediátrica	25	23	2	92,0	25	25	0	100
Endoscopia	13	12	1	92,3	13	12	1	92,3
Urgencias pediatría	15	14	1	93,3	15	14	1	93,3
Fono	8	8	0	100	8	8	0	100
Internación gnal	8	8	0	100	8	8	0	100
Laboratorio	9	9	0	100	9	9	0	100
T. Física	6	6	0	100	6	6	0	100
UCI adultos	13	13	0	100	13	13	0	100
Total	339	261	78	77	339	318	21	93,8



Del total de 339 acciones planteadas se cumplieron el 93,8% de las actividades.

2.2.3.4. Diagnóstico asesor externo en acreditación FDF consulting:

Se realizó contrato con la firma asesora FDF consulting para realizar un diagnóstico sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de calidad y mejoramiento continuo institucional frente a los estándares de acreditación los días 14 y 15 de agosto de 2019, cuyos objetivos fueron presentar el resultado del diagnóstico sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de calidad y mejoramiento continuo Institucional frente a los estándares de Acreditación en salud definidos en la Resolución 5095 de 2018. Asimismo, presentar las oportunidades de mejora y fortalezas Institucionales identificadas frente al proceso de Acreditación en salud por grupos de estándares y realizar una calificación cuantitativa del estado actual de la institución, de acuerdo con la metodología de acreditación, discriminada por grupos de estándares.

Hicieron una revisión documental para reconocimiento del enfoque en los estándares, se reunieron con la Junta Directiva, la alta gerencia, los grupos de II nivel, con líderes de procesos, con los comités asistenciales y administrativos, con la Liga de Usuarios, identificando así las fortalezas y oportunidades de mejora por cada grupo de estándares. En el recorrido por la institución, se realizó la estrategia paciente trazador

De igual manera, durante la reunión con cada grupo de estándares dieron recomendaciones y guía para el desarrollo de algunas actividades esenciales, tales como la definición de la CULTURA SAN JOSE, pautas para fortalecer la comunicación al cliente interno, necesidad de la rigurosidad y exigencia en las mediciones de los indicadores, entre otros.

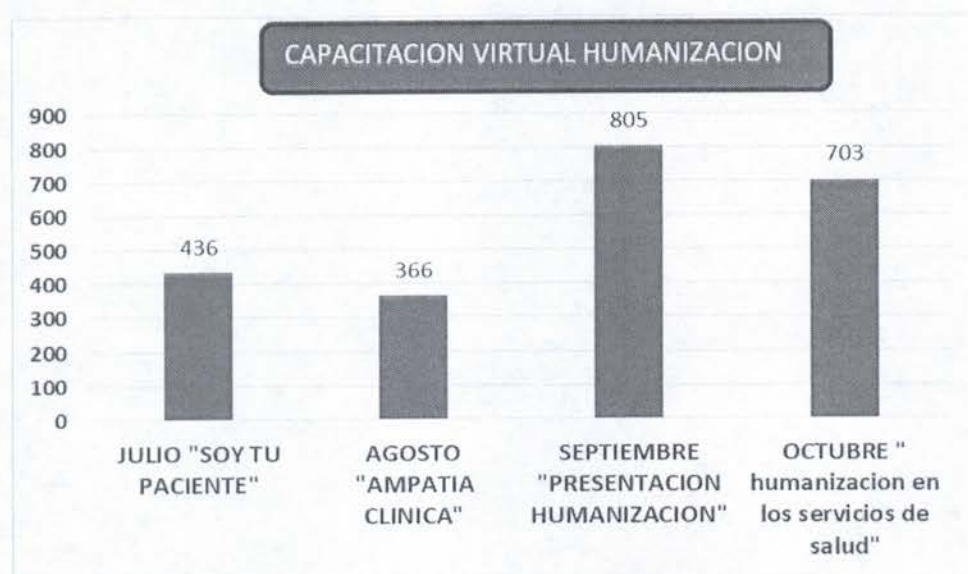
Finalmente, se presenta tabla consolidada de calificación por grupos de estándares. Esta calificación obedece al análisis de las tres dimensiones enfoque, implementación y resultados de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones propias de acreditación:

GRUPO DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
ASISTENCIAL		
Proceso de atención al cliente asistencial	2,3	92
Mejoramiento de la calidad	2	20
SUBTOTAL		112
APOYO		
Direccionamiento	2,2	18
Gerencia	2,1	11
Gerencia del talento humano	1,5	13
Gerencia del ambiente físico	1,9	11
Gestión de tecnología	2,1	11
Gerencia de la información	1,9	14
Mejoramiento de la calidad	2,1	21
SUBTOTAL		98
TOTAL		210

Dando como conclusión, que de acuerdo a las Fortalezas y Oportunidades de Mejora presentadas en el informe y con una calificación final de 210 se considera que la institución debe realizar un esfuerzo importante en las estrategias de despliegue, apropiación, medición y mejora, no sin antes haber alineado algunos elementos claves con el enfoque del Direccionamiento e intencionalidad de los estándares de acreditación. El tiempo estimado para lograr la Acreditación no será inferior a 15 meses de un trabajo intenso, continuo y permanente.

2.2.3.5 Despliegue político de humanización:

❖ Estrategias de capacitación al talento humano:



❖ Realización de perfil sociodemográfico

Durante el año 2019 se realiza la consolidación del perfil sociodemográfico el cual fue realizado con los datos del año 2018 dado que el Hospital San José de Popayán, conforme a su misión institucional, ha tomado como punto de partida la caracterización de sus usuarios, con el propósito de ofrecer servicios seguros y humanizados; que permitan satisfacer el mayor número de requerimientos en su atención, lograr una participación activa tanto de los usuarios como de sus familiares y retroalimentar la información basados en sus características individuales y colectivas. Se realizaron 212 encuestas en los servicios.

Los resultados obtenidos son importantes para la implementación de estrategias y la intervención de los pacientes y sus familias. De acuerdo a la información se decidió en 2019 fortalecer el lineamiento de USUARIO Y SU FAMILIA INFORMADOS teniendo en cuenta el tipo de población que se atiende en el hospital y la diversidad cultural en la que debe enfocarse la institución.

- ❖ **Día mundial de las enfermedades huérfanas:** Actividad realizada con los niños de mucopolisacáridos y los niños de pediatría



- ❖ **Día de san José:** Entregamos a nuestros colaboradores hombres un detalle con el fin de resaltar la importancia del hombre trabajador en nuestra institución y de hacerlos partícipes de esta celebración.



- ❖ **Estrategias sensibilización al personal asistencial:** De acuerdo a las actividades planteadas para el fortalecimiento de la humanización de la atención en salud, en el año 2019 se llevaran a cabo actividades de sensibilización al personal de manera virtual para lo cual se trabajó con el proceso de sistemas la herramienta virtual que permita la visualización de todos los colaboradores en la plataforma de vulcano , en donde mes a mes se publicara un video de sensibilización de la atención en salud y preguntas al respecto de este, con el objetivo de que el personal pueda expresar su opinión o crítica.



A partir del mes de julio se inicia con el video SOY SU PACIENTE el cual refleja el sentir de los pacientes en un hospital y las inseguridades que se viven y a las que están expuestos.



Soy su Paciente - YouTube
YouTube: Nicolás Boiles

De igual manera se trabajó con el personal el fortalecimiento de los valores institucionales de manera mensual donde líderes y coordinadores resaltan la importancia de trabajar en ellos y de que sean aplicados por el personal de la institución.



Se implementó la estrategia de felicitación de cumpleaños a los colaboradores, para ello se diseñó tarjeta de felicitación la cual es enviada al correo electrónico del colaborador.



- ❖ **Código blanco:** Se realizó el protocolo de código blanco donde se definen parámetros para los donantes de órganos y mejorar la recepción de los familiares al procedimiento. Se diseñó logo de código blanco para identificación de los pacientes en el cubículo y permitirle a los familiares condiciones especiales.



- ❖ **Definición de espacios para información al usuario y su familia:** Se colocará en cada espacio el logo del lineamiento de USUARIO Y SU FAMILIA INFORMADOS y mensajes positivos los cuales son colocados en estos lugares



Los líderes y coordinadores definieron en sus servicios estos espacios e hicieron la adecuación de ellos.

- ❖ **Traducción de derechos y deberes en misak:** Dada la importancia de la población indígena que atendemos se realizó la traducción de derechos y deberes en la lengua misak



- ❖ **Campaña del silencio:** Los compromisos socializados son:
 - Todos los funcionarios deben promover el silencio dentro de la institución. Usuarios, visitantes, estudiantes, acompañantes y colaboradores se comprometen a acatar dicha cultura.
 - En horarios de visita debe controlarse el tono de voz, el uso de celulares u otros aparatos electrónicos para garantizar el bienestar y la salud de los pacientes hospitalizados.
 - Los funcionarios y colaboradores del hospital deben mantener un comportamiento que favorezca la cultura del silencio.
 - Mantener las conversaciones en los pasillos al mínimo, especialmente por la noche.
 - Minimizar las conversaciones de teléfonos celulares en los pasillos del hospital y salas de espera y animar a otros a hacer lo mismo.

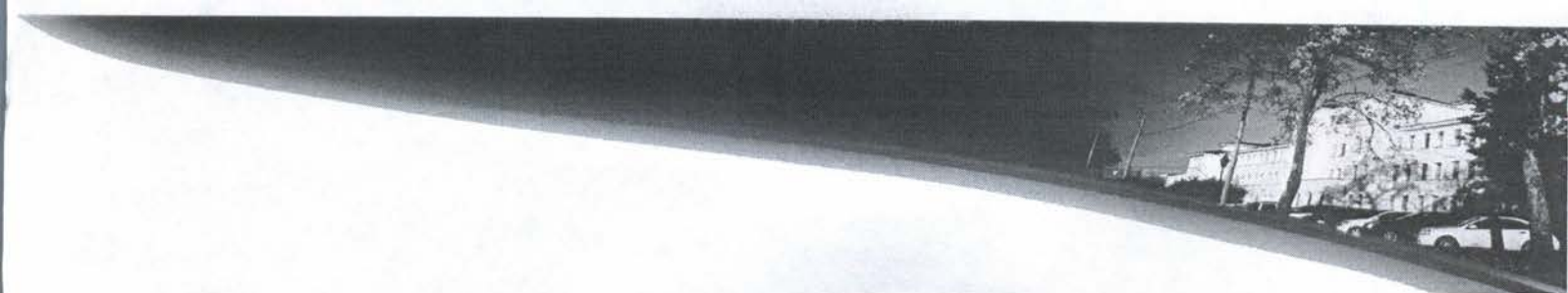
Se realizaron mensajes alusivos al silencio de la siguiente manera:



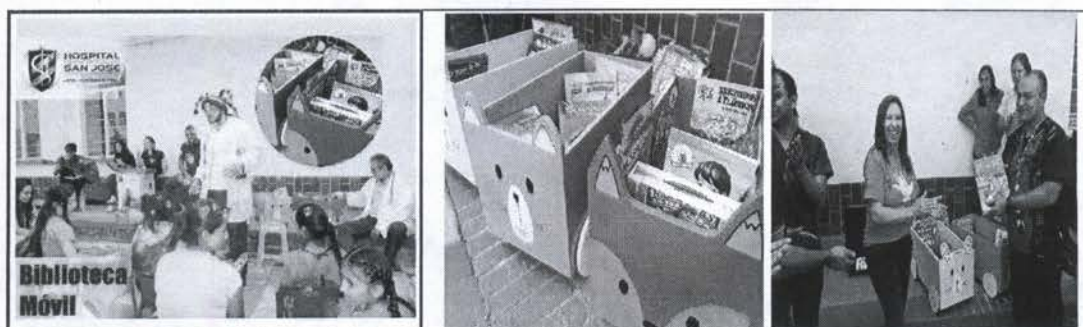
- ❖ **Grupos de la Alfabetización:** En el primer semestre 2019 se contó con 47 estudiantes de 9 grado de diferentes colegios de Popayán los cuales realizaron actividades en horas de la tarde y fines de semana con los pacientes de pediatría, tales como lectura de libros, club de tareas, manualidades, rondas y actividades de ocupación del tiempo libre. Se vincularon los acompañantes permanentes en estas actividades.



- ❖ **Voluntariados Viacrucis Familia Camiliana:** La familia camiliana en compañía del sacerdote realiza recorrido por los servicios asistenciales realizando oración



- ❖ **Donación biblioteca móvil:** El grupo de pediatras de la institución realizan donación de libros y cuentos para los niños del servicio



- ❖ **Actividades de lectura con niños de pediatría:** El grupo de pediatrias realizan actividades de lectura con los niños del servicio de pediatría como estrategia para afianzar el hábito de lectura en los pequeños.

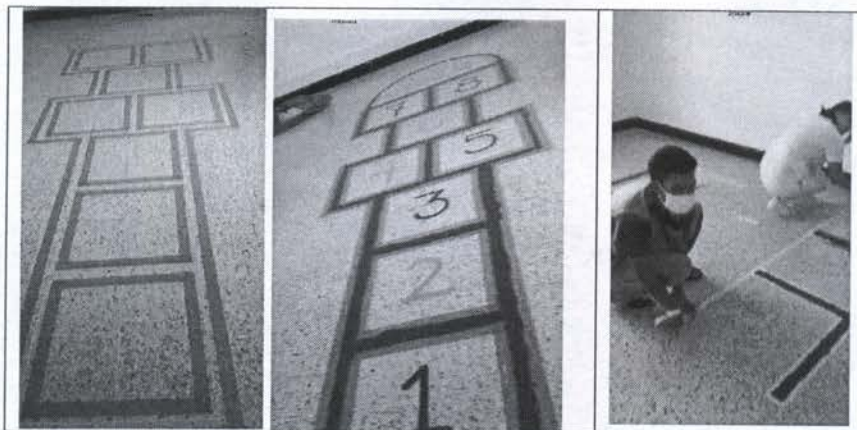


- ❖ **Entrega de bonos de almuerzo para madres lactantes:** Se implementó estrategia de alimentación a madres lactantes en la cual se entregan bonos de alimentación a los servicios para que una vez sea identificado el paciente lactante y se valore la necesidad de la madre para su alimentación, se entrega a la madre de tal manera que con este, ella se pueda dirigir a la cafetería del hospital para su entrega.

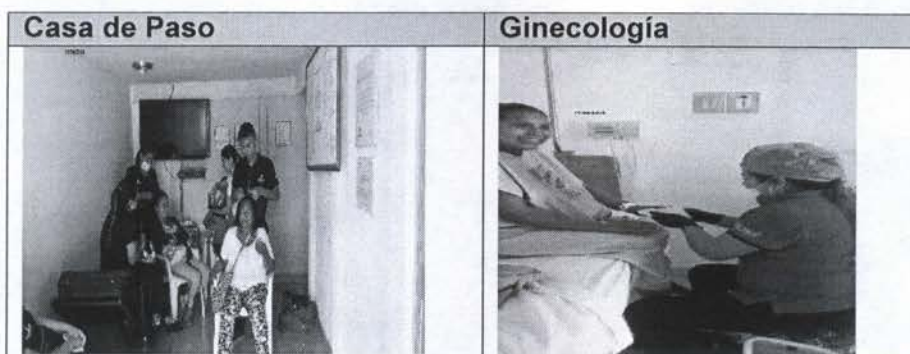
Conformación de grupo de sacerdotes: Dada la necesidad que se observa en los servicios para contar con sacerdote de manera permanente se solicita a la arquidiócesis la ampliación del cronograma de sacerdotes que realizara el apoyo emocional y espiritual en el hospital, el cual fue contestada de manera favorable con la siguiente asignación:

LUNES	9 am -12 m	Pbro. Ricardo Rivas
	3pm – 5 pm	Pbro. Santiago Martínez
MARTES	9am – 12 m	Pbro. Jairo Joaquí
MIÉRCOLES	9am – 12 m	Pbro. Jesús María Tuquerres
JUEVES	9am – 12 m	Pbro. Andres Roelfi Trochez
VIERNES	9am – 12 m	Pbro. Carlos Fernando Sánchez
SABADO	2pm- 5pm	Pbro. Gonzalo Montoya
	2pm- 5pm	Pbro. Juan Diego Colorado

❖ **Actividad para la recreación y ocupación del tiempo libre unidad mental**



❖ **Celebración de amor y amistad en los servicios:** Se realiza la celebración del día de amor y amistad con un recorrido por los servicios de ginecología, pediatría salas y casa de paso una jornada de belleza con los pacientes hospitalizados. Se contó con la participación del voluntariado Sonrisas para el alma y la academia de belleza Bellemed.



- ❖ **Cumpleaños hospital san José:** Se realizó la celebración de los 308 años del hospital San José con la eucaristía en honor a todos los trabajadores que han hecho parte de nuestro hospital. De la misma manera se realizó un homenaje al Dr. Francisco Otoya por su 33 años de servicio en el hospital.



- ❖ **Entrega de proyecto hotelería y confort: espera digna:** Dentro del proyecto de hotelería y confort se presentó la necesidad de un espacio para familiares de los pacientes que esperan para ingresar al hospital de manera que puedan tener un lugar para los momentos de espera de manera digna.



ANTES



DESPUES

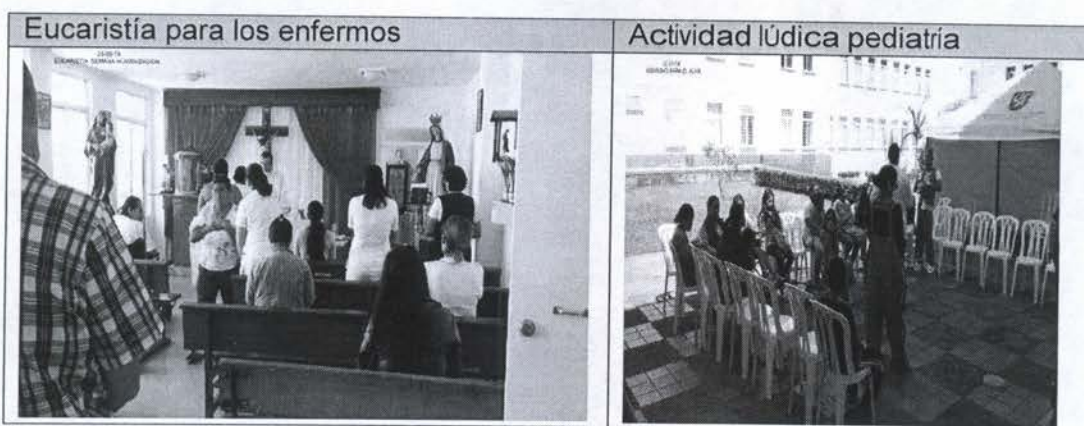


Teniendo en cuenta la necesidad de recreación de los niños se realizó un parque para ellos de manera que tengan espacios más amigables durante su estadía.

ANTES	DESPUES
	 
Se realizó la adecuación de un espacio para la ropa de los familiares de pacientes de domicilio lejano de manera que puedan realizar lavado y secado de su ropa en este espacio.	
Se realizó entre el servicio de pediatría y Uci pediátrica un baño para familiares de pacientes de domicilio lejano con ducha para que puedan realizar su higiene personal durante el acompañamiento de los niños.	
Se realizó una biblioteca rodante la cual se instalara en el tercer piso en hospitalización de adultos para la ocupación de los pacientes y sus familiares	

❖ **Semana de humanización:** Se realizaron diferentes actividades en los servicios tales como:

Recorrido con el sacerdote por los servicio	Taller de ajedrez pacientes ucint
	



2.2.3.6 Seguridad del paciente

El programa de seguridad del paciente fue modificado para responder a las buenas prácticas de seguridad del paciente establecidas en la norma técnica, además para dar respuesta al eje de gestión clínica excelente y segura del Sistema Unico de Acreditación.

Verificación de las Metas Internacionales de Seguridad Del Paciente: Rondas

Cada año, se realiza el seguimiento del cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente

MES	SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
ENERO	MEDICINA INTERNA	75%
	MEDICOQUIRURGICAS	76%
	UCI I Y II	65%
	UCINT	71%
FEBRERO	CIRUGIA	73%
	QUIRURGICAS	73%
	TRAUMATOLOGÍA	76%
	UNIDAD MENTAL	75%
MARZO	CONSULTA EXTERNA	81%
	URGENCIAS ADULTOS	38%
	URGENCIAS PEDIATRIA	91%
	REHABILITACION	57%
ABRIL	GINECOLOGIA	71%
	SALA PARTOS	71%
	NEONATOS	77%



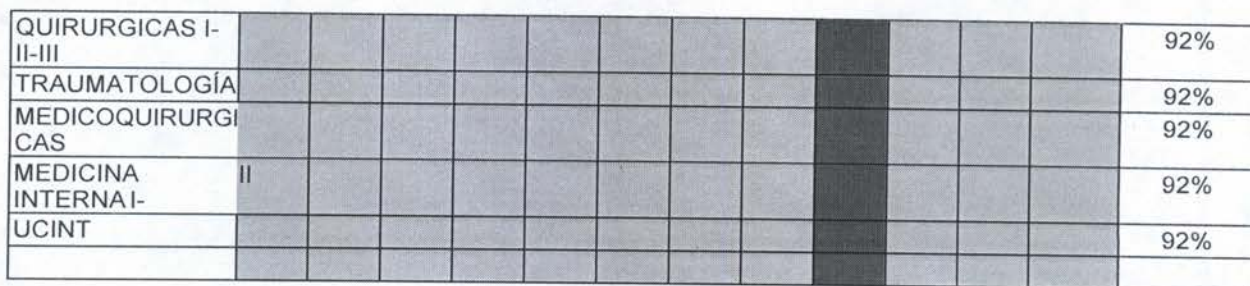
	UCI P	84%
MAYO	BANCO DE SANGRE	87%
	SALAS DE PEDITRIA	69%
	QUEMADOS PEDIATRIA	89%
JUNIO	IMAGENOLOGÍA	93%
	LABORATORIO CLINICO	95%
	NEFROLOGÍA	79%
	QUIMIOTRAPIA	94%
JULIO	CARDIOLOGÍA	86%
	REFERENCIA TAM	100%

Cada uno de los procesos evaluados es informado de los resultados para la implementación de los planes de mejoramiento.

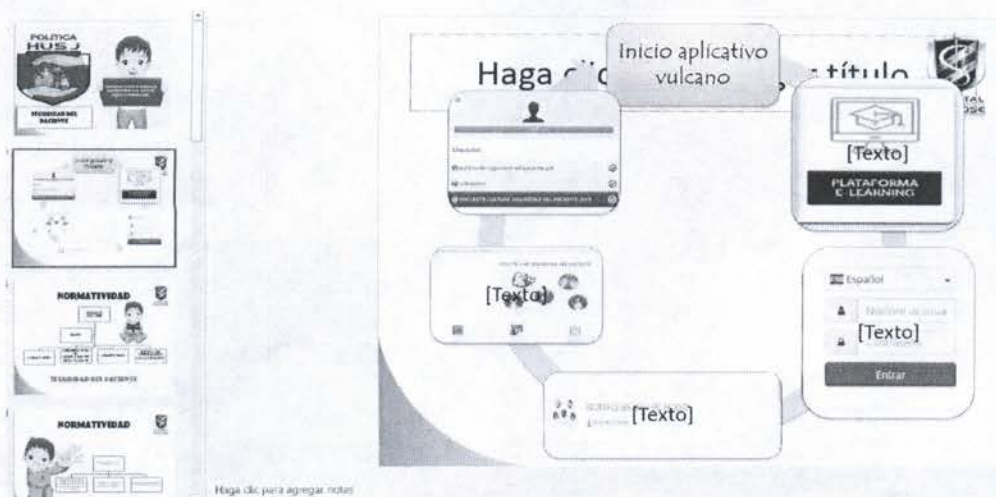
AUTORONDAS SERVICIOS ASISTENCIALES

Los servicios asistenciales y de apoyo mensualmente continúan fortaleciendo el cumplimiento de las barreras de seguridad por medio de las estrategias de autor rondas de seguridad..

CUMPLIMIENTO AUTORONDAS 2019													
PROCESO	MES												PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	ENE RO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
URGENCIAS ADULTOS													83%
URGENCIAS PEDIATRIA													100%
UCI P													100%
NEONATOLOGIA													100%
UNIDAD MENTAL													0%
CONSULTA EXTERNA													100%
NEFROLOGÍA													100%
SALAS PEDIATRIA													100%
CIRUGIA													100%
UCI I-II													100%
QUEMADOS													100%
GINECOLOGIA													50%
SALAS													50%
SALA PARTOS													50%

[illegible]

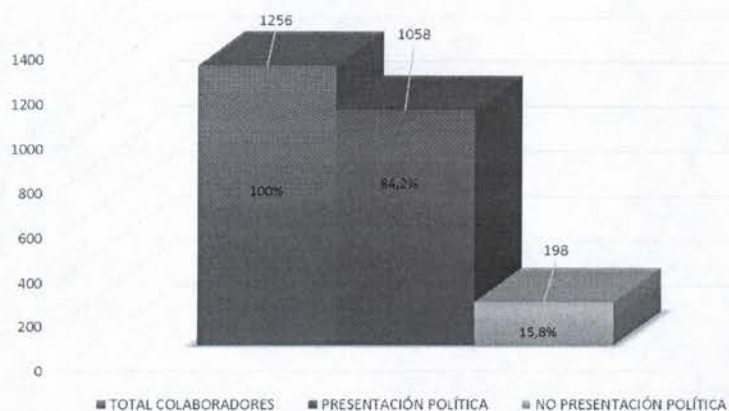
De acuerdo con los mecanismos para el despliegue de los procesos, planes y políticas se han implementado diferentes estrategias como la plataforma E-LEARNING



Resultado estrategia educativa en el año 2019

PROCESO DE CAPACITACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019			
MES	TOTAL DE COLABORADORES	COLABORADORES CAPACITADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
FEBRERO	1156	713	62
MARZO	1156	658	57
ABRIL	1156	636	55
MAYO	1156	670	58
JUNIO	1156	937	81
JULIO	1156	954	83
AGOSTO	1156	875	76
SEPTIMBRE	1156	1056	91
OCTUBRE	1154	854	74
NOVIEMBRE	1299	929	72
DICIEMBRE	1251	1147	92

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019



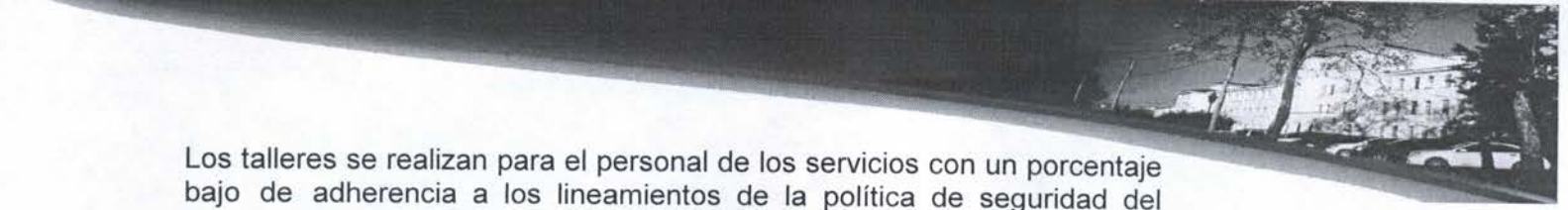
EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019



Taller de prácticas seguras:

TALLERES DE PRACTICAS SEGURAS		
TRIMESTRE	TOTAL DE COLABORADORES CAPACITADOS	PROCESO
I TRIMESTRE	513	INTERNACION GENERAL
II TRIMESTRE	90	INTERNACION GENERAL
III TRIMESTRE	84	UGENCIAS
IV TRIMESTRE	81	UCI/ UCINT





Los talleres se realizan para el personal de los servicios con un porcentaje bajo de adherencia a los lineamientos de la política de seguridad del paciente, con el fin de reforzar todas las barreras de seguridad. Se tuvo el acompañamiento de los laboratorios.

Medición de cultura de seguridad del paciente 2014-2019

En el mes de diciembre se realiza la medición de la cultura de seguridad del paciente para los colaboradores asistenciales del HUSJ ESE con la participación de 1038 personas correspondientes al 83%.

Proporción de vigilancia de eventos adversos 2018/2019:

En el 2019 se detectaron 2085 eventos, de los cuales se gestionaron 1985 eventos, para un total de 95% de gestión. Se observa que la gestión de los eventos clínicos para el año 2019 se encuentra por encima de la meta establecida, se evidencia oportunidad por parte de líderes y coordinadores.

Análisis de los eventos clínicos más frecuentes

A continuación, se tabulan los eventos clínicos más frecuentes en el año 2019 relacionados con los lineamientos de seguridad del paciente:

REPORTE DE EVENTOS CLINICOS 2019	
CAIDAS URGENCIAS	52
CAIDAS HOSPITALIZACION	78
CAIDAS SERVICIOS DE APOYO	1
RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS URGENCIAS	200
RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION	518
ULCERAS POR PRESION	356

2.2.4 Sistema de información para la calidad

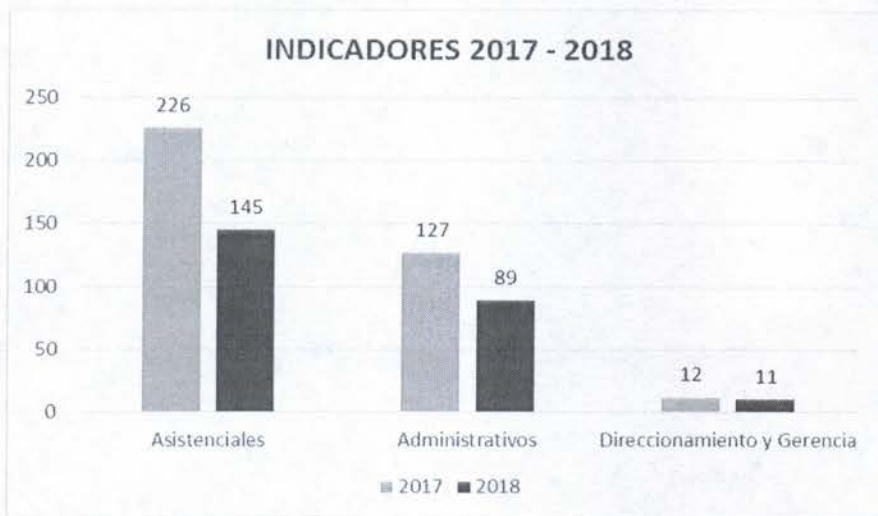
El Hospital Universitario San José de Popayán ESE cuenta con un Sistema de Información para la Calidad eficiente que permite evaluar el desempeño y resultados de los procesos institucionales a través de indicadores definidos por los líderes con el fin de brindar una información objetiva para la toma de decisiones.

El master de la institución cuenta con indicadores administrativos y asistenciales, que son analizados por los líderes de los procesos de acuerdo a seguimientos trimestrales, semestrales o anuales. Asimismo, el proceso da respuesta a la normatividad nacional a través del reporte de los indicadores solicitados en las resoluciones 408 de 2018, 0256 de 2016 y Plan de Gestión – PGIR.

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.

En el primer semestre del año 2018, se realizó la primera depuración de indicadores quedando el resultado de la siguiente manera.



Se realiza la publicación de los indicadores en la plataforma vulcano/intranet teniendo en cuenta que el hospital cuenta con política de cero papeles y se evidencia que para el personal la consulta de los indicadores por este medio se hace más fácil, es decisión de los coordinadores de los servicios la impresión y puesta en las carteleras de los servicios de los indicadores.

Registro en Historia Clínica.

Se realiza nuevo aplicativo con el fin de realizar la monitorización de historia clínica, dicho aplicativo cuenta con estadística por servicio, por pregunta evaluada y por historia clínica evaluada.

Se encuentra en la ruta

Vulcano / Aplicativos / Monitorización de Historia Clínica.

