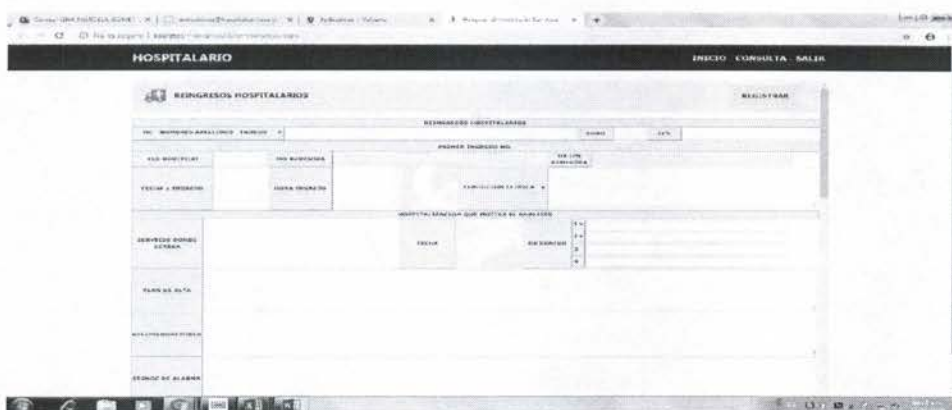


Reingresos Hospitalarios.

Con el fin de optimizar tiempo al realizar análisis y al entregar información tanto interna como a EAPB se desarrolla aplicativo, en el que se logrará que los planes de mejora queden evidenciados en el aplicativo y los análisis respectivos.

Se encuentra en la ruta

Vulcano / Aplicativos / Reingresos Hospitalarios.



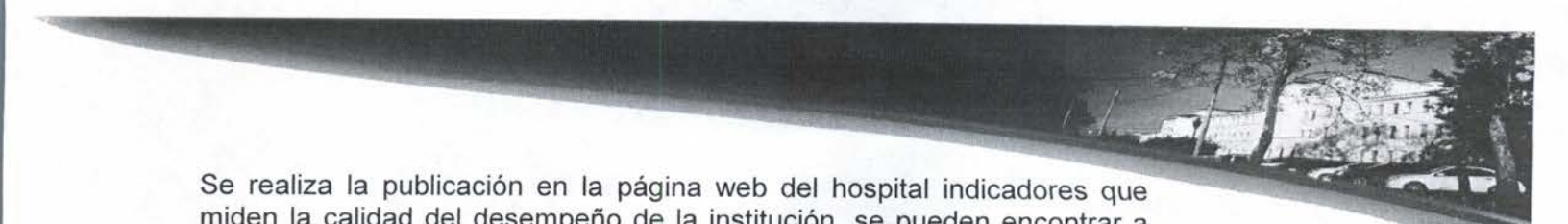
Parametrización de aplicativo DARUMA.

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE cuenta con un Sistema de Información para la Calidad, que durante el año 2019 ha venido trabajando para crear diferentes oportunidades de mejora con el fin de obtener datos confiables y veraces para la toma de decisiones, dichas oportunidades de mejora, se relacionan con la adquisición y parametrización de software DARUMA con los indicadores de las resoluciones 0256 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud” y la resolución 408 de 2018 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones”

El software se encuentra instalado en la plataforma interna del hospital.

Publicación de indicadores en medios externos.

Dentro de las actividades planeadas para el 2019 del sistema de información para la calidad, se consideró necesaria la publicación de indicadores en medios internos y externos.



Se realiza la publicación en la página web del hospital indicadores que miden la calidad del desempeño de la institución, se pueden encontrar a través de la ruta:

Propuesta donde se indican las acciones que permitirán mejorar el proceso de indicadores institucional.

Durante la vigencia 2019 se evidencian opciones de oportunidades de mejora con el fin de optimizar el proceso para la captura, seguimiento, reporte, análisis socialización y publicación de indicadores de los servicios del hospital.

En las oportunidades de mejora se evidencia que:

Se cuenta con múltiples fuentes de información.

Aun se cuenta el con el seguimiento a indicadores en Excel.

No se cuenta con información de para alimentación de indicadores de manera oportuna.

Carencia de análisis de indicadores.

Por tal motivo se generan propuestas como.

Posibilidad de realizar enlace de dinámica gerencial con aplicativo DARUMA, teniendo en cuenta que los indicadores mayormente salen del aplicativo DGH principalmente, de tal manera que los indicadores se puedan consultar en todo momento y estén disponibles.

Unificar las fuentes de información, de tal manera que se realice el reporte de los indicadores desde una sola fuente.

Realizar socialización a coordinadores de la manera adecuada de realizar análisis de indicadores con el fin de publicar los indicadores de manera oportuna y con análisis fáciles de entender por todo el personal.

Porcentaje de cumplimiento de meta de indicadores por servicio año 2019.

Servicio	% De cumplimiento
Consulta externa	89%
Cuidados Intensivos	92%
Endoscopia	80%
Imágenes	100%
Laboratorio	90%
Medicas	90%
Neonatos	94%
Patología	100%



Cirugía	88%
Farmacia	81.8%
Siau	100%
Traumatología	78%
Urgencias	82%
Unidad Mental	86%
Quirúrgicas	90%
Banco de Sangre	77%
Central de Esterilización	90%

Se evidencia el compromiso por parte de los coordinadores de los servicios asistenciales con el seguimiento a los indicadores, teniendo en cuenta que la mayoría de esto cumplen las metas establecidas mayor al 80% sin embargo el servicio de banco de sangre que cuenta con cumplimiento del 77% evidencia planes de acción y mejoramiento en los indicadores, cuenta con 3 indicadores de 13 que no cumplen con la meta establecida.

Informe de seguimiento a acciones de mejora del análisis de los indicadores:

Indicadores Asistenciales.

Proceso	Reporte de Análisis	Análisis de Indicadores	Evidencia Plan de Mejora de Indicadores
Banco de Sangre	cumple	cumple	Presenta Registro de llamadas, informe de mejoramiento y acta de socializaciones al equipo.
Cirugía	cumple	cumple	Presenta acta de compromiso
Cardiolo	cump	cump	No

gía	le	le	aplica debido a cumplimiento de indicado r
Endosco pia	cump le	cump le	Presenta acta de compro miso y solicitud de insumos
Central de Esteriliz ación	cump le	cump le	Se evidenci an actas de socializa ción y la solicitud de reparaci ón de incubad ora.
consulta externa	cump le	cump le	Se realiza reunión con el equipo de citas médicas con el fin de socializa r la importan cia de la oportuni dad en asignaci ón de citas de primera vez
Epidemi ología	No Pres enta Repo rte de indic adores IV trime stre	No Pres enta Repo rte de indic adores IV trime stre	No presenta evidenci as de planes de mejora de los indicado res reportad os con incumpli miento

			de metas.
Imágenes diagnósticas / Patología	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	N/a. por cumplimiento de indicadores.
Internación general Adultos	cumple	cumple	Presenta soportes de actividades realizadas con el equipo con el fin de mejorar los indicadores.
Laboratorio clínico	cumple	cumple	Presenta acta de socialización con acción de mejora.
nefrología	cumple	cumple	N/a. por cumplimiento de indicadores.
Mama canguro	No	No	N/a, no presenta indicadores.
neonatos	cumple	cumple	A tercer trimestre no aplica planes de mejora
Pediatría	cumple	cumple	A tercer trimestre no aplica planes de mejora
Prevención y	cumple	cumple	Al mes de

control de infecciones			noviembre no se evidencia entrega de evidencias de planes de mejora.
Quemados Pediátricos	cumple	cumple	Se evidencia acta de socialización de portafolio de servicios de pediatría
Referencia y contra referencia	cumple	cumple	presenta reporte de demoras de tramites de remisión antes de control
Servicio Farmacéutico	cumple	cumple	No se cuenta con evidencia
SIAU	cumple	cumple	n.a por cumplimiento de indicadores.
UCI adultos	cumple	cumple	presenta actas e implementación de estrategias a tercer trimestre 2019,
UCI pediátrica.	cumple	cumple	Se evidencia acta de socializa

			ción de portafoli o de servicios de pediatría
UCINT adultos	cump le	cump le	Presenta acta de socializa ción incluye compro misos.
Urgenci as adultos	cump le	cump le	No presenta evidenci as de planes de mejora de los indicado res reportad os con incumpli miento de metas.
Urgenci as ginecob stetricia	cump le	cump le	No presenta evidenci as de planes de mejora de los indicado res reportad os con incumpli miento de metas.
Urgenci as Pediátric as	cump le	cump le	No presenta evidenci as de planes de mejora de los indicado res reportad os con incumpli



			miento de metas.
Unidad Mental	cumple	cumple	n/a tercer trimestre 2019

Indicadores Administrativos:

Proceso	Reporte de Análisis	Análisis de Indicadores	Evidencia Plan de Mejora de Indicadores
Almacén	Realiza formulación de indicadores		
Archivo	No	No	n/a
Auditoría de Cuentas	Ok	Ok	n/a debido a cumplimiento de metas
Aseguramiento de la Calidad	Ok	Ok	n/a
Cartera	Ok	Ok	n/a
Comunicaciones	No diligenciados	No	No
Contabilidad	Ok	Ok	n/a
Control Interno	No	No	No
Control Interno Disciplinario	No	No	No
Costos	No	No	No
Economato	Ok	Ok	n/a
Estadística	No	No	No



Ética legal y Bioética	No	No	No
Facturación	Ok	Ok	n/a debido a cumplimiento de metas
Jurídica	Ok	Ok	n/a
Gestión de Infraestructura	No	No	No
Ingeniería Biomédica	Ok	Ok	n/a
Tesorería	Ok	Ok	n/a
Planeación	Ok	Ok	No
Presupuesto	Ok	Ok	Ok
Sistemas	Ok	Ok	No
Talento Humano	Ok	Ok	n/a por cumplimiento de metas

2.3 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El objetivo del área de Seguridad y Salud en el Trabajo es Desarrollar el 100% de las actividades establecidas en el plan de trabajo anual con el fin de disminuir y controlar los peligros a los que se encuentran expuestos los trabajadores del Hospital independiente de su forma de contratación o vinculación, por medio de actividades de promoción, prevención y control de dichos peligros para evitar la ocurrencia de enfermedades y/o accidentes de origen laboral.

2.3.1 Prevalencia de accidente laboral

2016:

91 accidentes laborales con 1526 trabajadores de planta y contrato
Prevalencia de accidentalidad: 5.9%

2017:

125 accidentes laborales con 1647 trabajadores de planta y contrato
Prevalencia de accidentalidad: 7.6%

2018:

83 accidentes laborales con 1645 trabajadores de planta y contrato
Prevalencia de accidentalidad: 5.0%

2019:

102 accidentes laborales con 1610 trabajadores de planta y contrato
Prevalencia de accidentalidad: 6.3%

**Investigaciones de Accidentes Laborales:**

Se han investigado el 100% de los accidentes reportados, en su gran mayoría corresponden a Peligro Biológico

2.3.2 Prevalencia de enfermedad laboral :

2016: 1

2017: 3

2018: No se calificaron enfermedades de origen laboral

2019: No se calificaron enfermedades de origen laboral

2.3.3 Medición del clima organizacional

Se ha realizado la medición del clima organizacional, en donde se dio como resultado en el 2016 un 94%, en el 2017 y 2018 un 88% y en 2019 de un 90%.



Durante la gestión 2016 a 2019 se puede observar que, en los años 2017, 2018 y 2019 permaneció estable de acuerdo a los resultados obtenidos. Realizándose planes de mejora de acuerdo a los resultados de cada variable.

2.3.4 Programas de estilos de vida saludables

2018:

Se realizó diagnóstico de condiciones de salud de los trabajadores de planta del Hospital encontrándose que el 33.1% de la población ha presentado problemas de salud a causa del trabajo, para lo cual se realizaron actividades encaminadas a la promoción y prevención de la salud, como gestión de actividades deportivas, alimentación y estilos de vida saludable.

Se realizó por docunet y correo electrónico, socialización a todos los trabajadores sobre estrategias de estilos de vida saludable:



Se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Peligro Biomecánico con el fin de disminuir sintomatología osteomuscular en el personal que lo presenta, realizando actividades como adecuaciones de puestos de trabajo, implementación de pausas activas, ejercicios de relajación, etc.

Se realizó campaña presencial y por medio de docunet y vulcano de los siguientes temas: campaña de buen trato, prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, prevención del estrés y fatiga laboral, Plan de emergencias y normas de bioseguridad el 6 de junio de 2018, la cual contó con la asistencia de 304 colaboradores (planta y contratistas) del Hospital.

2019:

Implementación del Programa de Estilos de Vida Saludable dirigido a todos los trabajadores de la Institución con capacitación en diferentes temas:

Actividad física

Cuidado de tu salud mental

Alimentate sanamente

Cuida tus ojos

Cuida tus oídos

Cuida tu piel

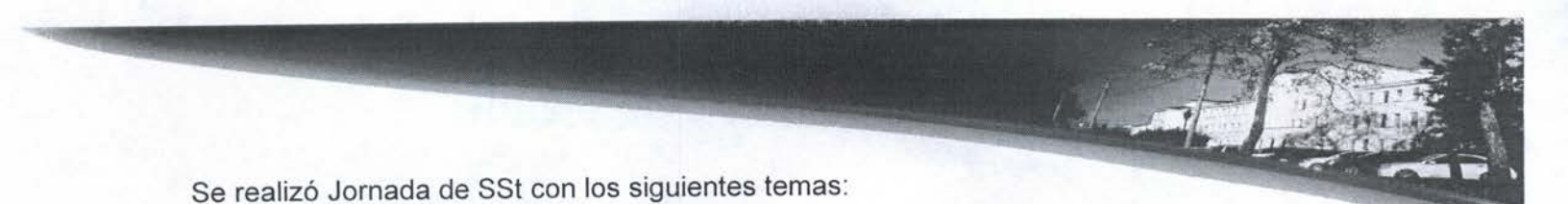
Poderosos hábitos para dominar tus emociones

Higiene oral

Cuida tu corazón

2.3.5 Jornada Anual de seguridad y salud en el trabajo

2016:



Se realizó Jornada de SST con los siguientes temas:

- Bioseguridad: Normas de bioseguridad
- Plan Hospitalario para Emergencias
- Acoso Laboral
- Política de Convivencia Laboral

Asistentes: 312 trabajadores (planta y contrato)

2017:

El día 10 de agosto de 2017 se dio inicio a la Jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E con las siguientes actividades:
Sesión breve en las diferentes áreas del Hospital sobre los siguientes temas:

- Reporte de Accidente Laboral
- Primeros Auxilios en Accidente Biológico
- Prevención de Peligro Biomecánico
- Convivencia Laboral

No. De asistentes: 423 trabajadores

2018:

Se realizó jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo en el mes de septiembre de 2018 con capacitación sobre los siguientes temas: Normas de bioseguridad, accidente biológico, Plan de Emergencias Hospitalario, Prevención Peligro biomecánico, Campaña de buen trato y Prevención Peligro Psicosocial, con la asistencia de 130 trabajadores de planta del Hospital y 801 contratistas para un total de 931 colaboradores de la institución (56.6% de los trabajadores), con una satisfacción de la actividad de 9.4 (escala de 1 a 10).

2019:

Se realizó Jornada de SST con los siguientes temas:

- Generalidades sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

- Plan de emergencias – comité hospitalario de emergencias
 - Bioseguridad
 - Prevención de fatiga y estrés laboral, buen trato
 - Política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E
- Asistentes: 747 trabajadores (planta y contrato)

2.3.6 Inspecciones de puesto de trabajo:



Dentro del Plan Anual de Trabajo del área de Seguridad y Salud en el Trabajo de cada vigencia, se realizan inspecciones a los puestos de trabajo en donde se recomiendan adecuaciones si se requieren.

2.3.7 Plan hospitalario para emergencias:

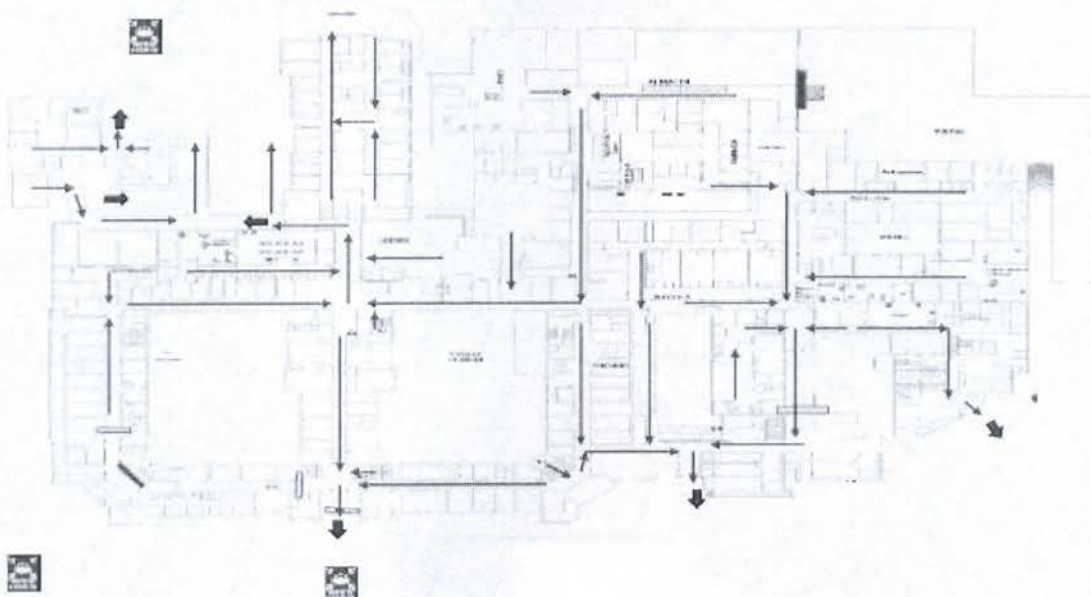
Se cuenta con el documento del Plan Hospitalario para Emergencias el cual se actualiza cada año de acuerdo a los cambios de infraestructura, talento humano y ocupación.

2.3.8 Brigada de emergencia

La BE (Brigada para Emergencias), cuenta con su estructura y capacitaciones que para desempeñar su labor de la mejor forma.

2.3.9 Rutas de evacuación

Se redefinieron las rutas de Evacuación del todo el Hospital al igual que los puntos de encuentro y los procedimientos para Evacuación con y sin Pacientes:

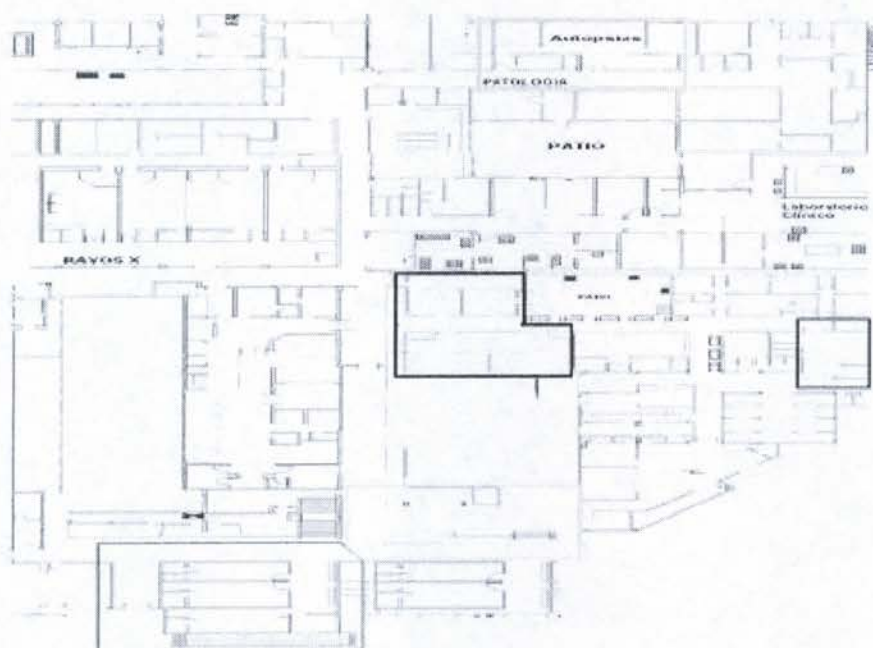


Atención Masiva de Lesionados:

Se cuentan con la definición de las Zonas de Expansión al igual que se establecieron los formatos, las Tarjetas de Funciones y procedimiento para atender lesionados de forma masiva por parte del Hospital Universitario San José E.S.E.

- Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E
- Plan de emergencias – comité hospitalario de emergencias
- Bioseguridad
- Prevención de fatiga y estrés laboral, buen trato
- Política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

Asistentes: 747 trabajadores (planta y contrato)



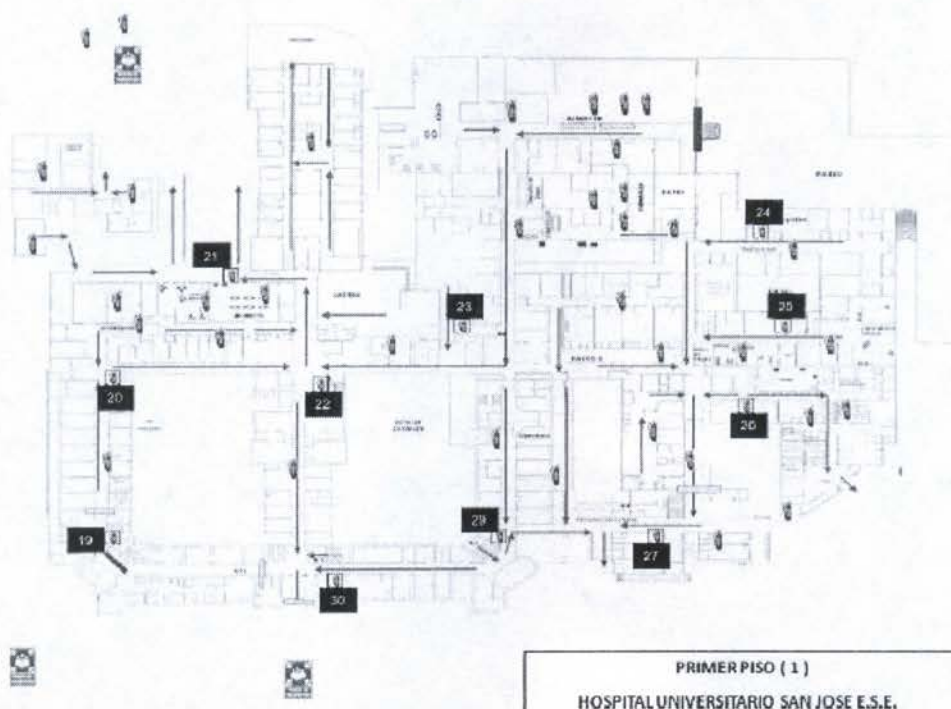
2.3.10 Señaletica

Dentro de la gestión se logró la colocación de las diferentes señaleticas para prevención y actuación ante emergencias.

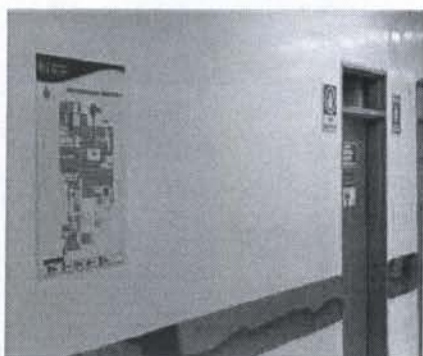
Con respecto a los equipos contra incendio se realizó el análisis de riesgo para mejorar su ubicación y una vez obtenida la misma se logró la señalización y demarcación de todos los elementos y la elaboración de planos con la ubicación de todos los equipos contra incendio de la Institución.



Ejemplo de plano con ubicación de equipos contra incendio (Extintores de pared y Gabinetes contra incendios)



Se logró la colocación de planos, señales para emergencia y señales de precaución para los riesgos definidos.



Información Básica para Emergencias

Se estableció la información mínima que debe conocer tanto el personal de usuarios y visitantes como los funcionarios del Hospital San José E.S.E para que puedan identificar como actuar en el caso en que ocurra una Emergencia presentando la siguiente propuesta



Otras Mejoras

Se gestionó y se logró la adecuación de la salida contigua al área de unidad mental, lo anterior para mejorar la salida del personal en caso de presentarse una emergencia, a continuación, se presentan las fotos del antes y después.



Antes



Después

2.3.11 Simulacros de evacuación

En cada vigencia se programan 3 simulacros de acuerdo a priorización de áreas.

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

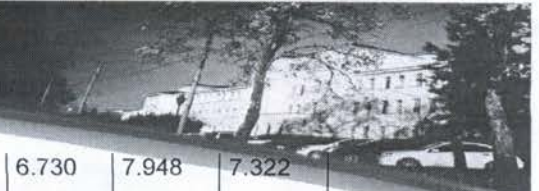
Se analizan todos los casos del personal que presentan patologías que requieren disminuir la exposición al riesgo, con la adecuación del puesto de trabajo o realizando reubicación laboral.

2.4SUB GERENCIA CIENTIFICA

Para esta área se presentan los puestos mas relevantes del área sub científica y que servirán de punto de partida para la continuidad de análisis de la operación asistencial de la institución.

2.4.1 Análisis De Producción

Variable	2016	2017	2018	2019
Dosis de biológico aplicadas	3.810	3.461	2.934	2.742
Consultas de medicina general urgentes realizadas	28.804	27.345	33.780	33.550
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	72.304	53.340	62.285	46.597
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	23.672	31.221	29.489	79.272
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	2.163	2.264	7.821	9.537
Partos vaginales	900	863	775	738
Partos por cesárea	1.034	961	776	681
Total de egresos	13.548	12.665	22.194	22.457
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3.118	2.712	2.882	1.961
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4.590	4.658	5.230	8.345
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	5.319	4.730	13.131	11.015
...Egresos salud mental	521	565	951	1.136
Pacientes en Observación	25.791	19.983	16.744	8.859
Pacientes en Cuidados Intermedios	2.938	2.960	2.855	3.184
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	2.832	2.822	2.937	2.686
Total de días estancia de los egresos	108.317	109.920	122.194	133.253
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros				



obstétricos)	6.676	6.730	7.948	7.322
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	53.989	55.208	50.296	70.037
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	41.281	42.231	56.742	48.066
...Días estancia de los egresos salud mental	6.371	5.751	7.208	7.828
Días estancia Cuidados Intermedios.	11.584	13.375	12.170	13.522
Días estancia Cuidados Intensivos	14.046	15.028	13.956	13.994
Total de días cama ocupados	98.601	99.612	95.470	98.975
Total de días cama disponibles	108.478	110.795	110.595	110.905
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	32.156	31.222	31.322	34.328
...Cirugías grupos 2-6	9.858	9.804	9.319	10.677
...Cirugías grupos 7-10	12.518	12.351	12.513	14.861
...Cirugías grupos 11-13	7.816	7.518	7.782	6.891
...Cirugías grupos 20-23	1.964	1.549	1.708	1.899
Exámenes de laboratorio	670.035	719.486	659.226	683.126
Número de imágenes diagnósticas tomadas	107.057	107.880	93.386	102.309
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	138.762	137.983	117.552	131.189
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	25.977	25.622	30.523	37.548
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	13.090	14.977	14.557	15.601

De lo anterior se desprende lo siguiente:

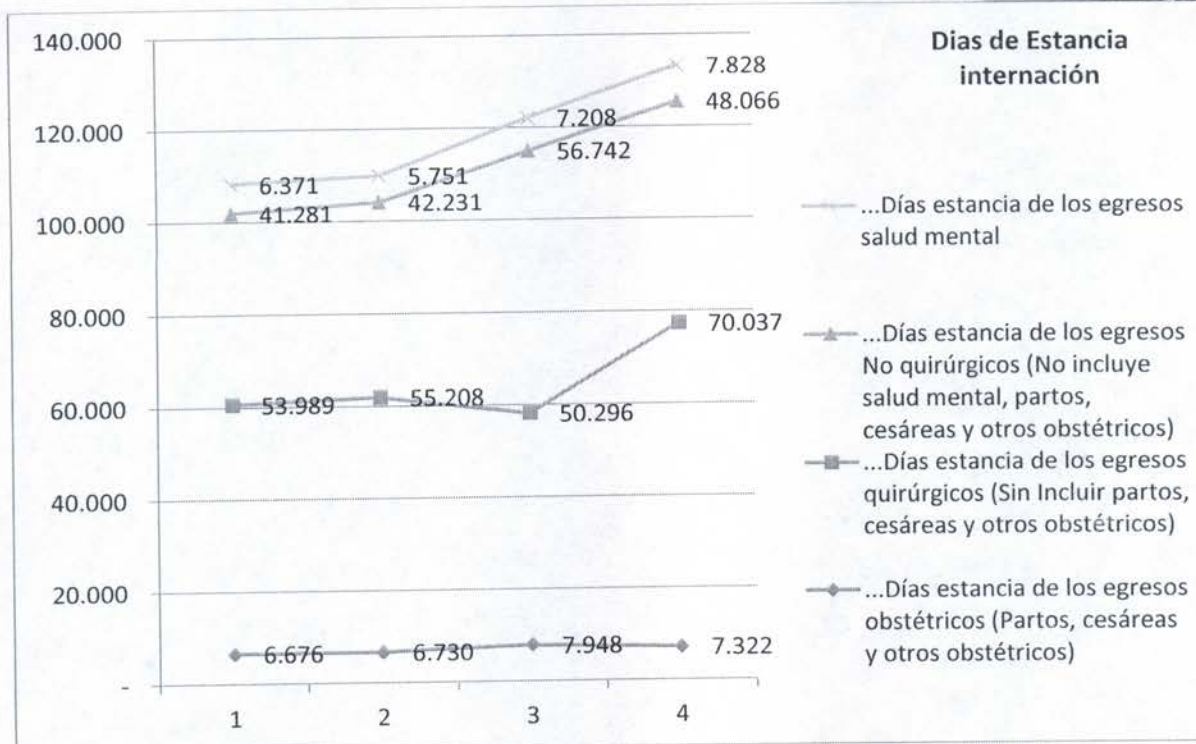


La disminución de biológicos aplicados y partos-cesáreas atendidas en la institución es proporcional, dado especialmente por cambios en las modalidades de contratación de las EAPB, en donde la población de Asmetsalud fue contratada en otra institución para la atención materno perinatal.

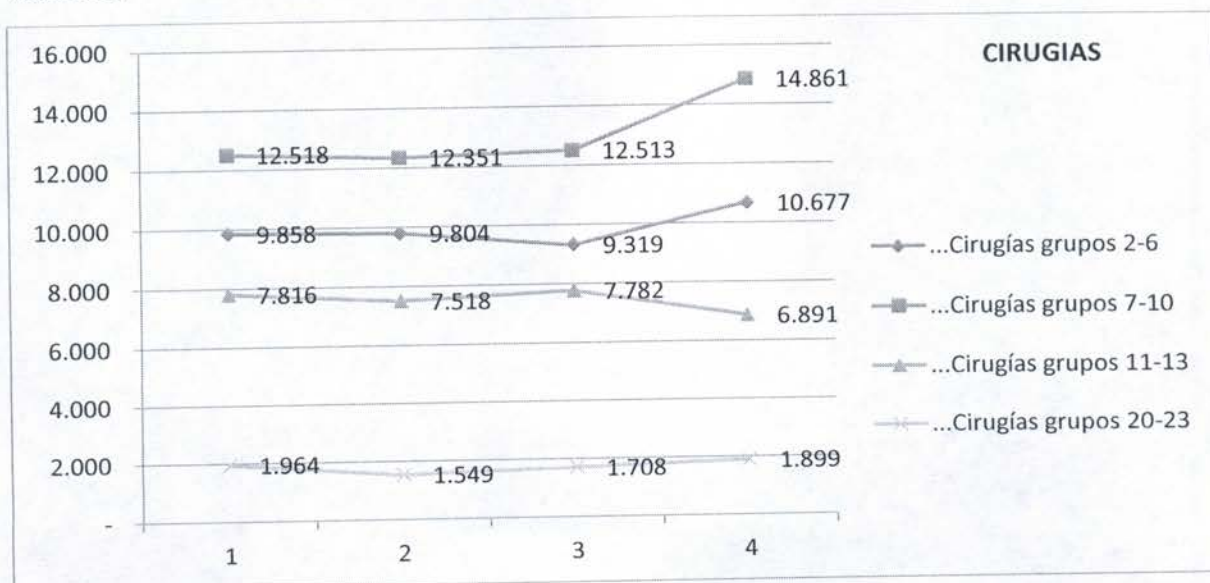
Respecto a Consultas de medicina general urgentes realizadas, con la mejora en los tiempos de atención en urgencias (60%), se evidencia un aumento de las mismas.

Respecto a Consultas de medicina especializada urgentes realizadas, el cambio en la manera de reportar las interconsultas realizadas en urgencias, que hasta segundo semestre de 2018, se reportaban en consulta de medicina especializada electiva se reportan actualmente como urgentes, lo que impacta favorablemente en la UVR.

PACIENTES EN OBSERVACION: Teniendo en cuenta que la información se empieza a reportar desde el 2019 a partir de RIPS, todo paciente que supere las 24 horas en urgencias, se factura como habitación de cuatro camas, se hace el reporte al indicador de egreso hospitalario no quirúrgico o de unidad mental, este cambio fue consultado con el Ministerio de Salud, quien ha dado su aval para ello. Este cambio había sido efectuado por los otros prestadores del Cauca, excepto el Hospital San José



Se observa un crecimiento significativo en el número global de días de internación, sin embargo, se disminuyó el promedio de días estancia en internación general de 7-8 días a 6-5 días, lo cual demuestra mejorar en los procesos de internación y optimización de los recursos.



Se observa un incremento en procedimientos de grupos 7-10, especialmente impulsados por los procedimientos realizados por el área de nefrología, así mismo un incremento en las cirugías de grupos 20-23.



La producción en el 2017, tuvo un incremento del 3%, respecto al año anterior, en el 2018, la producción cayó un 4% impactada por la cancelación de servicios oncológicos y para el 2019 hubo un incremento del 8%

2.4.2 Prestación de Nuevos Servicios

Con la apertura de nuevos servicios de alta complejidad, tales como hematología, cirugía ginecológica laparoscópica, nefrología pediátrica, urología – litotricia urológica, hemodiálisis, diálisis peritoneal, nutrición ambulatoria y pediatría ambulatoria, ampliación de capacidad instalada con 11 camas unipersonales para atención diferencial de pacientes de Medicina Prepagada, encaminados a fortalecer la institución como cabeza de red de alta complejidad en la región.

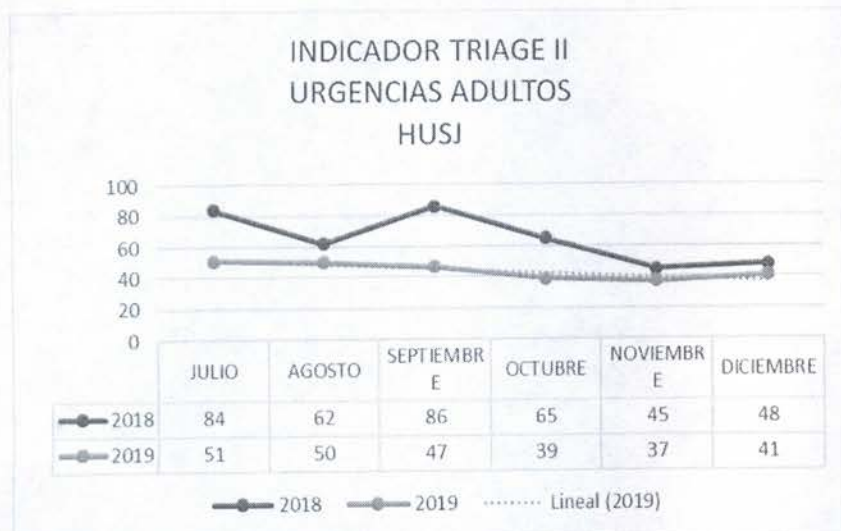
Así mismo la vinculación de nuevas supraespecialidades y en otros casos aumento del número de los profesionales, como es el caso de reumatología, neumología pediátrica, psiquiatría infantil, neuro psicología infantil, que permite brindar atención más integral a nuestros pacientes.

2.4.3 Interacción de los diferentes Servicios

Se articularon los diferentes servicios, para la toma de decisiones oportunas, en beneficio de pacientes y la institución

Se adelantó la reestructuración de algunos servicios, es así como se dividió la coordinación del servicio de Urgencias en asistencial y administrativa, lo cual permitió abarcar de manera completa el servicio de urgencias, mejorando la interacción del servicio, optimizando los tiempo de atención en el mismo, y mejorar en los tiempos de actividades administrativas

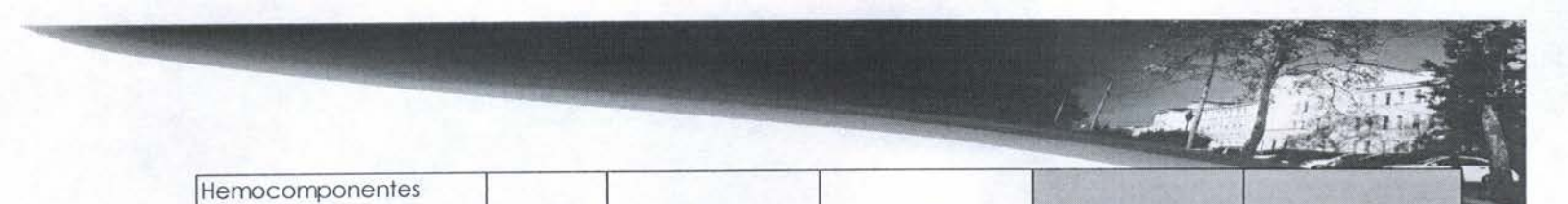
DEMANDA INSATISFECHA						
LINEA DE BASE 5%						
2019						
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
5%	4%	2%	5%	5%	4%	
REINGREOS						
LINEA DE BASE: 1%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	0,35%	0,19%	0,58%	0,19%	0,34%	0,22%
2019	0,23%	0,14%	0,25%	0,28%	0,19%	0,09%
ADHERENCIA HC MEDICOS						
LINEA DE BASE: 80%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	95,47%	94,13%	94,29%	94,13%	95,20%	93,60%
2019	89,21%	91,18%	82,42%	90,91%	90,84%	87,08%
ADHERENCIA HC ENFERMERIA						
LINEA DE BASE: 80%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	59,71%	78,90%	87,50%	90,42%	??	??
2019	82%	81%	79%	83%	82%	75%
MORTALIDAD < 48 HORAS						
LINEA DE BASE: 13%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	3,26	5,00	5,33	11,28	13,02	9,35
2019	9,25	10,38	10,66	8,13	11,89	6,78
MORTALIDAD > 48 HORAS						
LINEA DE BASE: 13%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	2,67	2,94	3,37	3,93	0,91	2
2019	4,85	6,13	4,84	5,26	2,48	4,07
OPORT. AT. IMA						
LINEA DE BASE: 90%						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2018	100	100	100	100	100	100
2019	100	100	100	100	100	100



Cabe resaltar el comportamiento de indicadores como la oportunidad en Triage 2 el mejoramiento que obtuvo durante el año 2019.

Indicadores del banco de sangre vigencia 2019 y comparativo con 2018.

Indicador	Meta o Limite	Resultado III trimestre	Resultado IV trimestre	Promedio 2019	Promedio 2018
Porcentaje de reacciones adversas a la transfusión	5%	1%	0%	0.20%	0.60%
Porcentaje de Unidades Incineradas por motivos diferentes a reactividad positiva	5%	1%	5%	2%	4.49%
Porcentaje de glóbulos rojos incinerados	5%	1%	10%	2.50%	1.10%
Porcentaje de plaquetas incineradas	10%	14%	23%	15%	21.46%
Porcentaje de aféresis incineradas	5%	7%	7%	8%	11.11%
Oportunidad de entrega de Hemocomponentes - Urgencia Vital	15	1.42	0.757	1.46%	6.21%



Hemocomponentes adquiridos de otros bancos de sangre	15%	5%	20%	11%	5.70%
Porcentaje de muestras rechazadas	5%	1%	1%	1%	1.10%
Demanda no cumplida de hemocomponentes	5%	1%	0%	1%	3.12%
Demanda no cumplida de glóbulos rojos	5%	0%	0%	0.20%	0.43%
Demanda no cumplida de plaquetas	5%	9%	12%	9%	14.03%
Demanda no cumplida de crioprecipitados	5%	8%	0%	4%	5.28%
Demanda no cumplida de plasma	5%	2%	1%	1%	0.18%

Se evidencia una mejora en los indicadores, sin embargo, se manifiesta que se tuvo un equipo dañado y por este motivo algunos indicadores se vieron afectados. Se socializa reconocimiento otorgado por el instituto nacional de salud como IPS comprometida con la seguridad del paciente en el marco del programa de hemo vigilancia.

Indicadores Laboratorio Clínico.

Indicador	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre		Total Año		Meta
Promedio de tiempo para la realización de toma de muestras laboratorio clínico básico	50176	1	49724	1	52684	1	52600	1	205184	1	1
	50176		49724		52684		52600		205184		
Promedio de tiempo para la realización de toma de muestras laboratorio clínico especializado	88301	1	94266	1	98183	1	99647	1	380397	1	1
	88301		94266		98183		99647		380397		
Complicaciones de los Procedimientos diagnósticos	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	1%
	138477		143988		150867		152247		585579		
Fallas en manejos terapéuticos derivadas de fallas en los procesos diagnósticos	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%	1%
	138477		143988		150867		152247		585579		
Fallas en la privacidad de los resultados y registros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1%
	30824		29663		31280		30795		122562		
Porcentaje de muestra tomadas inadecuadamente	242	0.2%	350	0.2%	476	0.3%	309	0.2%	1377	0.2%	1%
	138477		143988		150867		152247		585579		
Porcentaje de Atención de acuerdo al tipo de requerimiento (Normal < 6 horas)	114446	99.1%	112323	98.8%	125331	98.7%	121101	96.7%	473201	98.3%	90%
	115532		113630		127039		125207		481408		
Porcentaje de Atención de acuerdo al tipo de requerimiento (Prioritario < 3 horas)	18113	92.4%	79745	97.4%	21519	91.1%	17733	89.2%	137110	94.6%	90%
	19599		81858		23629		19872		144958		
Porcentaje de Atención de acuerdo al tipo de requerimiento (Urgencia vital <1 hora)	3548	77.7%	3588	75.7%	2999	75%	3786	80.0%	13921	77.2%	80%
	4568		4739		3982		4732		18021		
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	16.86	0.04	17.04	0.035	23.98	0.04	14.81	0.03	72.69	0.04	1
	468		482		546		544		2062		

Se evidencia variación en el indicador de porcentaje de atención de acuerdo a tipo de requerimiento (urgencia vital), se plantean oportunidades de mejora como procesar las muestras en 2 equipos.

Indicadores Referencia y Contrareferencia

Oportunidad de las remisiones realizadas	<100 horas	64,9 Horas 1,1 días	51 Horas 0,9 días
Porcentaje de contraremisiones realizadas	>90%	94,8%	94,7%
Demanda Insatisfecha	<30%	19%	15%
INDICADOR	META	RESULTADO 2018	RESULTADO 2019
Complicaciones que se presentan durante el transporte de pacientes	0%	0%	0%
Mortalidad durante el transporte de pacientes	0%	0%	0%
Porcentaje de Pacientes remitidos a niveles superiores desde hospitalización	30%	219 = 26,3%	236 = 28,5 %
Porcentaje de Pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio de urgencias	>25%	759 = 22,1%	952 = 31,4%
Proporción de partos remitidos a niveles superiores	<1%	1%	1%
Oportunidad de respuesta	>70%	81%	85%

Indicadores UCI Adultos.

CONSOLIDADO DE INDICADORES						
INDICADORES UCI ADULTOS						
INDICADORES		META	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	TOTAL 2019
REINGRESOS	REINGRESO MENOR A 15 DIAS	2%	0%	0%	0%	en analisis
	REINGRESO MENOS DE 48 HORAS	2%	0%	0%	0%	en analisis
ADHERENCIAS	ADHERENCIA A HC MEDICOS	90%	96%	96%	96%	97%
	ADHERENCIA A HC DE ENFERMERIA	80%	86%	89%	99%	90%
	ADHERENCIA A PROTOCOLOS DE ENFERMERIA	80%	100%	100%	95%	sin datos último trimestre
	ADHERENCIA A GUIAS	80%	99%	98%	98%	99%
	ADHERENCIA A GUIAS	80%	99%	98%	98%	99%
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	INFECCIÓN DE CVC	5	2,10	1,50	0,59	1,5
	INFECCIÓN DE SONDA	4	0,0	0,0	1,49	1,2
	NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR	5	9,0	10,4	6,7	8,4
MORTALIDAD	ANÁLISIS DE MORTALIDAD	100%	100%	100%	100%	100%
	MORTALIDAD MENOR DE 48 HORAS	1%	3%	3,0%	1%	3,80%
	MORTALIDAD Mayor de 48 horas	15%	4,9%	5,7%	9%	6%
PRODUCCIÓN	PORCENTAJE OCUPACIONAL	87%	85%	83%	91%	86%
	GIRO CAMA	5	4,80	5,70	5,4	5,33
	PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA	5	4,30	3,60	4,8	4,3
EVENTOS ADVERSOS UCI			PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE
SEGURIDAD DEL PACIENTE	ULCERAS POR PRESION		8	25	40	46
	CAIDAS		1	0	1	1
	FLEBITIS		9	13	18	20
	AUTORETIROS		4	11	14	15
	RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS		0	3	0	1
	CENTINELA		0	1	0	1

Indicadores Nefrología.

INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL I SEMESTRE	TOTAL CASOS	TOTAL TERAPIAS
Sangrado mayor a 150 ml	< 5%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0,30%	7	2164
Filtros coagulados	< 5%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	0,40%	9	2272
Neumo hemoperitoneo	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	3
Neumo hemotorax	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	192
Infección catéter mahurkar	< 5%	3,80%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	4%	0%	4%	1,58%	4	
Perforación de viscera hueca	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	3
Monitorización de historias clínicas enfermería	>80 %	86%	88%	83%	82%	84%	92%	82%	86%	88%	88%	90%	92%	87%		
Monitorización de historias clínicas médicos	>80 %	99%	97%	98%	94%	93%	92%	82%	96%	92%	92%	92%	94%	95%		
CUMPLIMIENTO	100%															

Se plantea para el área de nefrología, agregar indicadores que permitirán mayor vigilancia y control del servicio.

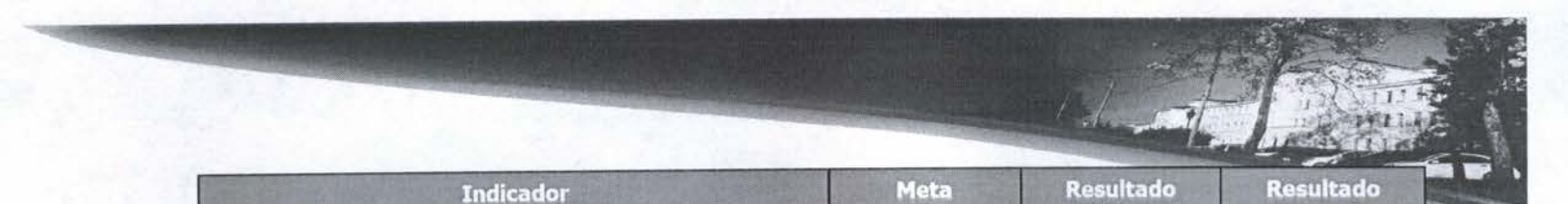
Resultado de indicadores SIAU.

Proporción de usuarios que recomendaría el Hospital a familiares y amigos														
Año	Meta	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Año
Resultado 2019	95%	96%	96%	96%	98%	96%	98%	100%	99%	98%	100%	98%	99%	98%
Resultado 2018	95%	97%	95%	94%	96%	98%	96%	97%	97%	96%	98%	98%	98%	97%

Proporción de Satisfacción Global de los usuarios														
Año	Meta	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Año
2019	95%	98%	98%	97%	99%	98%	95%	93%	98%	98%	98%	98%	95%	97%
2018	95%	96%	98%	96%	96%	98%	96%	97%	97%	98%	97%	96%	97%	97%

Se toma oportunidad de mejora de aumentar el número de encuestas a realizar e incrementar indicadores que contribuyan al mejoramiento continuo en la satisfacción al usuario.

Indicadores Cirugía.



Indicador	Meta	Resultado Primer Trimestre	Resultado Segundo Trimestre
Oportunidad cirugía programada ambulatoria.	< 15 Días	29,6 Días	17,2 Días
Oportunidad cirugía programada hospitalizado.	< 5 Días	1,78 Días	1,6 Días
Oportunidad de Realización de Apendicetomía.	> 90% (Menos de 6 horas)	92.1%	94,1%
Oportunidad de Endoscopia Urgencia.	< 5 Días	0,37 Días	0,2 Días
Oportunidad de Endoscopia Programada	< 5 Días	6,7 Días	7,2 Días
Oportunidad en la Realización de Cirugía de Cataratas.	< 15 Días	9,3 Días	13 Días
Oportunidad en la realización de Reemplazo Articular de cadera	< 15 Días	SIN INFORMACIÓN	6,2 Días
Proporción de cancelación de cirugías programadas en la institución.	< 10%	4,2%	4%
Proporción de cancelación de cirugías programadas por causas atribuibles a la institución.	< 10%	0,91%	0,9%
Porcentaje de complicaciones quirúrgicas	< 5%	0,2%	0,3%
Porcentaje de complicaciones Anestésicas	< 5%	0,5%	0,5%
Calidad de Registro en la Historia Clínica Medico Ayudantía y Recuperación.	< 90%	96,2%	96,6%
Calidad de Registro en la Historia Clínica Instrumentadores.	< 90%	94,4%	87,8%
Calidad de Registro en la Historia Clínica Médicos Especialistas.	< 90%	94,2%	90,8%
Calidad de Registro en la Historia Clínica Enfermería.	< 90%	93,9%	96,7%

Para el año 2020 se decide reducir la meta del indicador de porcentaje de cancelación de cirugías por causa atribuible a la institución en 1 punto dejando esta meta en el 4%.

Indicadores patología.

#	INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	META	RESULTADO AÑO 2018	RESULTADO AÑO 2019
412	Porcentaje de muestras insatisfactorias se reciben en el laboratorio de patología, comparadas con las el total de muestras recibidas	Número muestras insatisfactorias x 100	Total de citologías	15%	?	3,00
0	Porcentaje del total de muestras rechazadas se reciben en el laboratorio de patología, comparadas con las el total de muestras recibidas	Número muestras rechazadas x 100	Total de muestras recibidas	5%	?	0,00
413	Garantizar el control interno de calidad de las muestras recibidas y procesadas en el laboratorio de patología.	Número de diagnóstico con concordancia x 100	Muestra a la que se le aplica el control de calidad interno	85%	?	94,00
414	Oportunidad en la lectura de citologías en el laboratorio de patología.	Sumatoria de días entre la recepción de la muestra y la lectura	Total de muestras citológicas recibidas.	9%	?	6,50
415	Oportunidad en la lectura de patologías quirúrgicas en el laboratorio de patología.	Sumatoria de días entre la recepción de la muestra y la lectura	Total de muestras quirúrgicas.	9%	?	7,80

Indicadores Imágenes Diagnosticas.

#	INDICADORES	META	RESULTADO AÑO 2018	RESULTADO AÑO 2019
86	Exposición o sobreexposición a radiaciones innecesarias	5%	0,60	0,40
88	Pacientes no atendidos en estudios de imágenes diagnósticas y terapéuticas	10%	0,21	0,75
89	Porcentaje de pacientes con medio de contraste extravasado	3%	0,10	0,32
68	Fallas en la privacidad de los resultados y registros	10%	0,00	0,00
66	Complicaciones de los Procedimientos diagnósticos	10%	0,00	0,00
67	Fallas en manejos terapeuticos derivadas de fallas en los procesos diagnósticos	10%	0,04	0,02
90	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	3	0,95	1,27
91	Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes Diagnósticas básicas	3	1,08	1,50
92	Promedio de tiempo para la atención en el servicio de imágenes Diagnósticas especializadas	3	0,78	0,93
171	Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC	3	0,82	1,31



1	Oportunidad de Servicios de Imagenología y Diagnóstico Especializado - ECOGRAFIAS	3	0,56	0,45
170	Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico general- Radiología simple	3	1,42	1,94
2	Oportunidad de Servicios de Imagenología y Diagnóstico Especializado - PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS	3	0,74	0,74
87	Oportunidad de la toma de imágenes Diagnósticas con equipos portátiles	3	0,01	0,38
3	Oportunidad de Servicios de Imagenología y Diagnóstico Especializado - RMN	3	3,65	1,87

Consulta Externa.

Indicador	Meta	Resultado 2019			
		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
Oportunidad en la asignacion de consulta medica especializada	15 Dias	6,4 Dias	6,4 Dias	11,0 Dias	8,7 Dias
Oportunidad en la asignacion de consulta medica especializada- Cirugia General	15Dias	5,9 Dias	5,4 Dias	13,7 Dias	7,5 Dias
Oportunidad en la asignacion de consulta medica especializada- GinecoObstetricia	8 Días	5,2 Dias	4,0 Dias	10,2 Dias	6,8 Dias
Oportunidad en la asignacion de consulta medica especializada- Medicina Interna	15 Dias	6,1 Dias	3,0 Dias	9,5 Dias	6,7 Dias
Oportunidad en la asignacion de consulta medica especializada- Pediatria	5 Dias		4,1 Dias	6,1 Dias	9,1 Dias
Porcentaje de demanda no servida	15%	20%	4%	3%	9%
Porcentaje de pacientes que incumplen la cita medica	5%	12%	13%	15%	13%
Porcentaje de Cumplimiento del Indicador		66,60%	85,70%	71%	71,00%

Se realizan jornadas de capacitación con el personal de asignación de citas médicas, para resaltar la importancia de la correcta asignación de citas de primera vez con el fin de llevar mejor control de los indicadores institucionales, así como también manifiesta la

realización de jornada educativa a pacientes que aun confirmando la asistencia a las citas médicas no asisten.

Internación Adultos.

Indicador	Meta	Resultado Trimestral													TOTAL
		MEDICAS				QUIRURGICAS				TRAUMA					
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
REINGRESOS	6* 1000	19	0	0	11	12	21	21	9,3	9	9	6	6	10	
MORTALIDAD >48 HORAS	30x 1000	23	18	18	16	11	10	8	7	0	4	0	2,6	10	
CALIDAD HC MEDICA	80%	97	97	92	97	85	89	90	90	85	89	97	90	92	
ADHERENCIA A GUIAS	80%	94	99	99	99	92		98	98	100				97	
ANALISIS DE MORTALIDAD	90%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

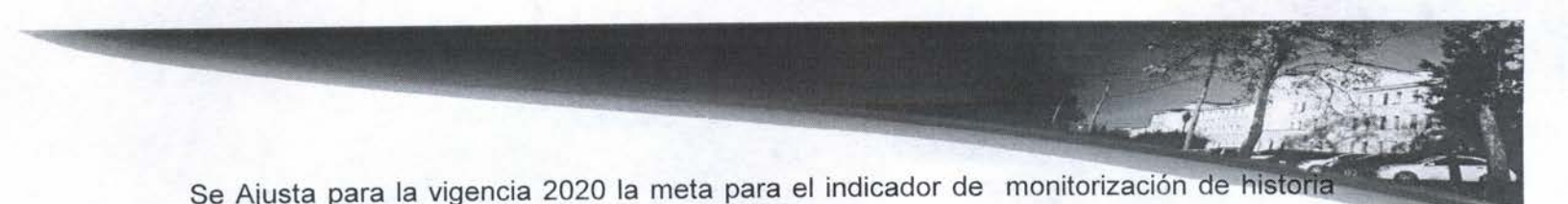
Indicador	Meta	Resultado Trimestral													TOTAL
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
GIRO CAMA	6	5	5	5	4,5	5	5	5	5	5	6,3	4,5	5	5	
PROMEDIO DIAS – ESTANCIA	5	5	5,3	5,4	5,9	5	4	4,7	5	5	3,6	5,4	5,3	5	
PORCENTAJE OCUPACIO	>90%	96	97	96	97	93	93	94	96	97	95	98	96	96	

Se cuenta en el servicio de hospitalización adultos con la oportunidad de mejora del Médico que se encarga de realizar los egresos del servicio.

Indicadores Ginecología y Urgencias Ginecológicas.

INDICADOR	Meta o Limite	PROMEDIO 2018	I SEMESTRE	II SEMESTRE	PROMEDIO 2019
Promedio de Egresos por cama -Giro Cama	5	8,4	7,82	7,59	7,7
Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas	30	1,1	0	0,68	0,34
Tasa de reingreso de paciente hospitalizado antes de 15 días	6	6,35	0	0,8	0,4
Porcentaje Ocupacional	90%	80%	80%	81%	80,50%
Promedio Días de Estancia	6	1,98	1,98	2,56	2,27
Calidad de registro en la historia clínica	80%	93%	SD	87%	87%

INDICADOR	Meta o Limite	PROMEDIO 2018	I SEMESTRE	II SEMESTRE	Promedio 2019
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	30	78	73,84	44,01	59,3
Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas	30	0	0	0	0
Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas	1%	0%	0%	0,8%	0,40%
Calidad de registro en la historia clínica	80%	93%	SD	87%	87%
Porcentaje de adherencia a Guías de Atención	90%	93%	91,40%	87,00%	89,20%
Porcentaje de desgarros vaginales tipo III y IV	0%	SD	SD	0	0
Parto instrumentado (excepción: indicación única es pérdida de bienestar fetal en desprendimiento)	0%	SD	SD	0	0
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (Ecografía Obstétrica)	3	SD	3,5	3,8	3,65



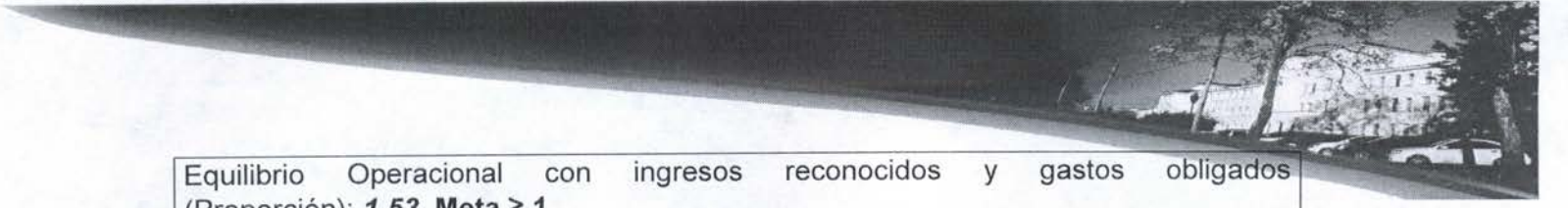
Se Ajusta para la vigencia 2020 la meta para el indicador de monitorización de historia clínica tanto de enfermería como médica pasara del 80% al 90%

El indicador de Adherencia a guías clínicas y adherencia al cumplimiento de protocolos de enfermería para el año 2020 será del 85%, subiendo 5 puntos más con respecto a la vigencia anterior.

Indicadores Aihospital

En la primera medición realizada por el ministerio de Salud y Protección Social, en la vigencia de 2018 con corte al mes de Diciembre, el hospital alcanzó un nivel de gestión de 43%, discriminados en los siguientes datos:

INDICADORES DEPARTAMENTALES
1. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (1.000 nacidos vivos): 7,81. Meta $\leq 10\%$
2. Tasa de mortalidad infantil (menor de 1 año) (1.000 nacidos vivos): 10,5. Meta ≤ 12
3. Incidencia de sífilis congénita (1.000 nacidos vivos): 2,14. Meta $\leq 0,5$
4. Letalidad por dengue (Porcentaje %): 0. Meta $< 2\%$
5. Tasa de incidencia de intoxicación por sustancias psicoactivas (Por 100.000 habitantes): 2,47. Meta ≤ 18
6. Tasa de intento de suicidio (Por 100.000 habitantes): 15,82. Meta ≤ 50
7. Porcentaje de ejecución de los recursos asignados al territorio para el Plan de intervenciones colectivas (Porcentaje %): 9,92. Meta 100%
INDICADORES HOSPITAL
Letalidad por morbilidad materna extrema (Porcentaje): 1,29. Meta < 30
Porcentaje de recaudo total de venta de servicios por obligaciones de gastos operacionales (Porcentaje): 109,95. Meta 100%
Monto acumulado de la deuda con contratistas (Pesos): 2.311.003.535. Meta 0
Monto acumulado de la deuda de salarios (Pesos): 7.247.362. Meta 0
Equilibrio Operacional con ingresos recaudados y gastos comprometidos (Proporción): 0,45. Meta ≥ 1
Equilibrio Operacional con ingresos recaudados y gastos obligados (Proporción): 0,52. Meta ≥ 1
Equilibrio Operacional con ingresos reconocidos y gastos comprometidos (Proporción): 1,32. Meta ≥ 1



Equilibrio Operacional con ingresos reconocidos y gastos obligados (Proporción): 1,53. Meta ≥ 1
Número de meses adeudados por concepto de servicios personales indirectos (Meses): 0,45. Meta 0
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización (Tasa (1.000): 0,86. Meta ≤ 1
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias (Tasa (1.000)): 4,49. Meta ≤ 1
Número de meses adeudados por concepto de sueldo de personal de nómina (Meses): 0,02. Meta 0
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias (Minutos): 291,27. Meta ≤ 30
Tasa de mortalidad perinatal (Por 1.000 nacimientos): 19,58. Meta ≤ 12
Proporción de partos por cesárea (Porcentaje): 47,2. Meta $\leq 25\%$
Letalidad por morbilidad materna extrema 4,17 Meta <30

El análisis que se hizo de estos resultados fue el siguiente:

Llama la atención que la mayoría de instituciones de alta complejidad obtengan un nivel de gestión tan bajo en los diferentes departamentos del país y en nuestro caso específico a pesar de haber permanecido sin riesgo financiero durante los últimos 5 años, nos registre un porcentaje de gestión tan bajo

Al realizar el análisis de los indicadores podemos evidenciar que la evaluación de los mismos es igual para todos los niveles de complejidad, sin embargo la afectación del resultado de muchos de ellos depende del tipo de atención que se brinde en la ESE, como por ejemplo en la baja complejidad no se realizan cesáreas, para ellos el indicador siempre va a ser 0 y en el caso del Cauca las cesáreas solo se realizan en tres instituciones de mediana y alta complejidad.

Algunos indicadores no cuentan con ficha técnica que permita su evaluación por lo que se solicita muy respetuosamente se cuelguen todas las fichas técnicas en la página, como es el caso de letalidad de morbilidad materna extrema

INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Letalidad por morbilidad materna extrema (Porcentaje): No contamos con la ficha técnica de medición del indicador donde se evidencia las fuentes de información y la periodicidad del mismo

El Hospital San José como institución prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad que sirve de centro de referencia al departamento del Cauca y



departamentos vecinos para atender las complicaciones obstétricas, de los eventos de morbilidad materna extrema reportados en la institución durante el 2018, el 84% venía remitida, de éstas el 19,5% provenían de las dos instituciones de mediana complejidad del departamento y el restante provenía de las IPS de baja complejidad; el 50,7% de los eventos se presentaron durante el embarazo, el 31% antes y sólo el 18% después del embarazo con fallas principalmente vasculares, seguidas de renales y metabólicas.

Por lo anterior es indudable que el mayor porcentaje de la letalidad por morbilidad materna extrema se evidencia en nuestra institución, sin que esto sea efecto directo de la gestión que adelante en la misma, que corresponde a:

Formación del talento Humano en salud

Adopción de Guías de Práctica Clínica acordes a la evidencia

Tecnología en salud adecuada al nivel de complejidad

Evaluación y adherencia a los procesos documentados del personal

Programa de Seguridad del Paciente incluyendo las actividades de práctica segura para el binomio madre-hijo

Análisis de calidad del dato en los eventos de interés en salud pública reportados por la institución

Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

Nuestro indicador debe ser ajustado teniendo en cuenta que dentro del plan de mejoramiento institucional para el año 2019 toda la información de producción se genera a partir de los RIPS, ya que hasta el 2018 el dato del denominador de este indicador se obtenía de los registros internos de nuestro software institucional. Sin embargo revisando los datos con los que se calcula este indicador y nuestro reporte no nos coinciden las cifras, puesto que tenemos 15 caídas en el segundo semestre en urgencias y total de pacientes atendidos en urgencias fue de 16.038 para un resultado de 0.9352 y no de 4.49

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias (Minutos):

Al efectuar el cargue y validación del archivo correspondiente al tiempo de atención en triage II, se generó un error en la hora de atención quedando muchas registradas como hora de atención 00:00:00, se adjunta el archivo original, que fue además entregado a la secretaría de salud departamental en su momento, para que sean comparados con el cargue y se realice la corrección respectiva

Tasa de mortalidad perinatal (Por 1.000 nacimientos): No contamos con la ficha técnica de medición del indicador donde se evidencia las fuentes de información y la periodicidad del mismo, parte de la acción de mejora es iniciar su medición periódica. Así mismo se definirá la utilización de un reporte diferenciado para los casos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en los que la paciente solicite llevarse el feto y nos genera un reporte en RUAF.

De igual manera que en la morbilidad materna extrema, al contar el Hospital universitario San José con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y con tecnologías que permiten



la atención de prematuros extremos de hasta 500 gramos nos convertimos en institución de referencia, con un promedio de ocupación de 98.2% en ella.

Las estadísticas institucionales y el análisis del perfil epidemiológico de la Unidad evidencia que los casos que ingresan a nuestra institución necesariamente tienen un nivel mayor de complicaciones y se relaciona directamente con la salud materna; de los productos de embarazos pre términos complicados por ejemplo, en el 85% de los casos, la indicación de evacuación se debió a deterioro materno con causas como pre eclampsia severa, deterioro de función renal y síndrome de Hellp. El 87,5% de los recién nacidos requirió internación en cuidados intensivos neonatal, a causa del Síndrome de Distress respiratorio en el 71,43% y con una necesidad de ventilación mecánica del 30%. Se cuenta con una prevalencia de Recién Nacido con muy bajo peso del 57,5% con una media al nacer de 1.427 gramos.

Con este tipo de pacientes las probabilidades de sobrevida no son las mismas que para instituciones de baja y/o mediana complejidad que no atienden este tipo de pacientes y de acuerdo a protocolos y guías nacionales deben ser remitidos a las instituciones de alta complejidad, generándose en esta última la mortalidad y al presentar el indicador de gestión en salud pública sólo impacta a la complejidad receptora de los casos

Proporción de partos por cesárea (Porcentaje): De acuerdo a la complejidad de esta institución, el parto vaginal no es la vía de evacuación usual definidos por las guías de práctica clínica, pues la cesárea se convierte en un factor protector en relación con la mortalidad materna y perinatal para los casos de alto riesgo obstétrico y perinatal que son los atendidos en nuestra institución de acuerdo a lo referido en el ítem de Mortalidad perinatal; cabe anotar que los partos vaginales sin complicaciones son indicador de gestión de la baja complejidad, pues es allí donde de acuerdo a los procesos de red deberían atenderse y no llegar a la mediana y alta complejidad

INDICADORES DE EQUILIBRIO

Equilibrio operacional con ingresos recaudados y gastos comprometidos: Meta: ≥ 1 – Resultado: 0.45

Equilibrio operacional con ingresos recaudados y gastos obligados: Meta: ≥ 1 – Resultado: 0.52

Se presentan diferencias debido al no reporte oportuno de las facturas a las que se debe aplicar el pago por parte de las Entidades responsables de pago, lo que ocasiona que el Hospital deba hacer la aplicación sobre la cartera, acorde a los parámetros definidos por las normas vigentes, en especial el Decreto 780 de 2016 y para ello la principal fuente de financiación, giro directo de las EPS Subsidiadas debe cubrir al menos el 50% de la radicación del mes anterior. Respecto a las otras fuentes de recaudo, sino estaban identificadas, se acoge el criterio general que determina que se apliquen a la facturación más antigua.

INDICADORES FINANCIEROS

Monto de la deuda con contratistas: Meta: 0 – Resultado: 2.311.003.535

El hospital atendiendo lo dispuesto por la Resolución 414 de 2014 y el específicamente el artículo 21-1 del estatuto tributario, adicionado por el artículo 22 de la ley 1819 de 2016, indica la obligatoriedad de llevar sistema de devengo o acumulación. Por lo anterior, el Hospital realiza los respectivos registros contables correspondientes, pero el giro de estas obligaciones que corresponden al último mes del año, están sujetas a la respectiva revisión por parte del supervisor quedan sujetas a que se surta todo el trámite administrativo correspondiente.

Número de meses adeudados por concepto de servicios personales indirectos: Meta: 0 – Resultado: 0.45

Como se indica, el valor por este concepto corresponde casi en su totalidad a servicios prestados en el mes de diciembre.

Monto acumulado de la deuda de salarios: Meta: 0 – Resultado: 7.247.362

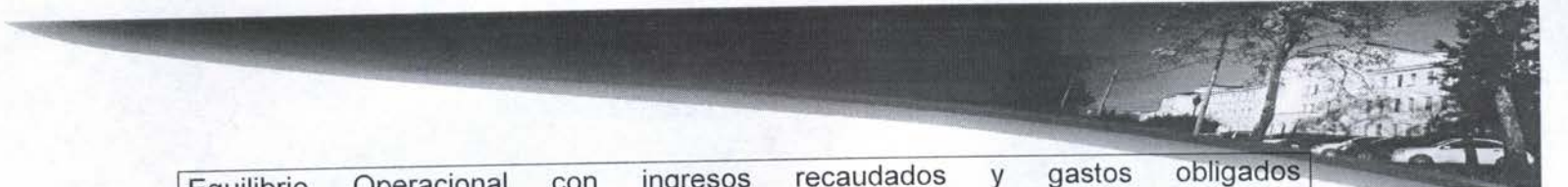
El saldo reportado corresponde a los saldos pendientes de pago por concepto de Acuerdo de Reestructuración de pasivos Ley 550/99, los cuales no han sido pagados debido a que los beneficiarios no se han presentado su respectivo trámite. Se indica igualmente que el año 2016 se terminó el tiempo de ejecución del mismo y que el hospital dispone de los recursos necesarios para su giro.

Número de meses adeudados por concepto de sueldo de personal de nómina: Meta: 0 – Resultado: 0.02

El valor registrado corresponde a obligaciones incluidas en el Acuerdo de Reestructuración de pasivos – Ley 550 de 1999.

En la segunda medición realizada por el ministerio de Salud y Protección Social, en la vigencia de 2019 con corte al mes de Septiembre, el hospital alcanzó un nivel de gestión de 71%, en donde se refleja la mejora, discriminados en los siguientes datos:

INDICADORES DEPARTAMENTALES	
1. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (1.000 nacidos vivos):	8,3. Meta $\leq 10\%$
2. Tasa de mortalidad infantil (menor de 1 año) (1.000 nacidos vivos):	9,9. Meta ≤ 12
3. Incidencia de sífilis congénita (1.000 nacidos vivos):	0,21. Meta $\leq 0,5$
4. Letalidad por dengue (Porcentaje %):	0. Meta $< 2\%$
5. Tasa de incidencia de intoxicación por sustancias psicoactivas (Por 100.000 habitantes):	1,19. Meta $\leq 3,55$
6. Tasa de intento de suicidio (Por 100.000 habitantes):	17,73. Meta $\leq 11,23$
7. Porcentaje de ejecución de los recursos asignados al territorio para el Plan de intervenciones colectivas (Porcentaje %):	10,04. Meta 100%
INDICADORES HOSPITAL	



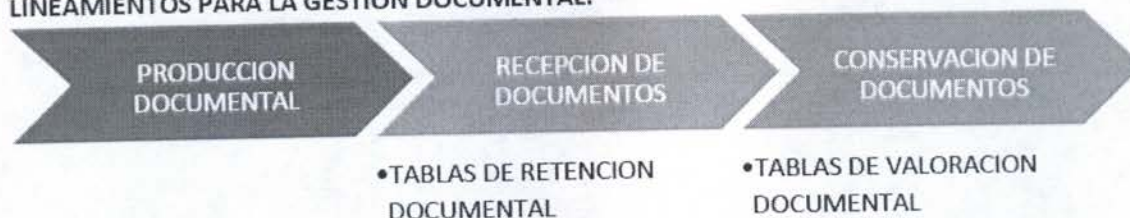
Equilibrio Operacional con ingresos recaudados y gastos obligados (Proporción): 0,62. Meta ≥ 1
Equilibrio Operacional con ingresos recaudados y gastos comprometidos (Proporción): 0,43. Meta ≥ 1
Equilibrio Operacional con ingresos reconocidos y gastos comprometidos (Proporción): 1,17. Meta ≥ 1
Equilibrio Operacional con ingresos reconocidos y gastos obligados (Proporción): 1,68. Meta ≥ 1
Monto acumulado de la deuda con contratistas (Pesos): 6.930.614.047. Meta 0
Monto acumulado de la deuda de salarios (Pesos) 7.247.362. Meta 0
Número de meses adeudados por concepto de servicios personales indirectos (Meses): 1,4. Meta 0
Número de meses adeudados por concepto de sueldo de personal de nómina (Meses): 0,02. Meta 0
Porcentaje de recaudo total de venta de servicios por obligaciones de gastos operacionales (Porcentaje): 140,73. Meta 100%
Letalidad por morbilidad materna extrema (Porcentaje): 4,17. Meta < 30
Proporción de partos por cesárea 46,72 Meta
Tasa de mortalidad perinatal 13,64 Meta < 12
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización (Tasa (1.000)): 0,97. Meta ≤ 1
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias (Tasa (1.000)): 6,65. Meta ≤ 1
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias: 52,77 Meta < 30

2.5 GESTION DOCUMENTAL

El proceso de Gestión Documental del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, establece las directrices necesarias para la conservación y preservación de la memoria institucional de los documentos en físico, electrónicos y digitales; basado en el desarrollo de las actividades de cada una de los procesos administrativos y asistenciales, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad de la información.



LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL:



2.5.1 Políticas para la gestión documental

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, en el marco de la eficiencia administrativa y asistencial definió la Política de Gestión Documental que busca orientar los procedimientos y demás lineamientos en materia archivística con el fin de garantizar el manejo de la documentación producida y recibida como resultado de las funciones institucionales, acorde con el ciclo vital de los documentos. La Política de Gestión Documental del Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E, cuenta con 5 lineamientos para la implementación de la misma:

- ❖ Sensibilización al personal
- ❖ Capacitación y Asesoría
- ❖ Organización y Preservación
- ❖ Seguridad de la Información
- ❖ Valoración Documental.

Política adoptada mediante resolución N° 0577 del 13 de agosto de 2014. La socialización de las políticas se realiza en cada jornada de capacitación que son dictadas por el área de Gestión Documental del hospital Universitario san José de Popayán.

2.5.2 Política cero papel

La implementación de la iniciativa Cero Papel contempla cuatro componentes principales:

- Los procesos y procedimientos
- La cultura organizacional
- El componente normativo y de gestión documental
- El componente de tecnología

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, cuenta herramientas tecnológicas como son el aplicativo DOCUNET para el control y manejo de las comunicaciones oficiales, el correo institucional y la red, con el fin de reducir el uso del papel mediante la sustitución de los documentos físicos por soportes y medios tecnológicos, los cuales nos permiten tener la trazabilidad de los documentos en un tiempo real e inmediato.

2.5.3 Estado actual de las instalaciones del archivo central.



Se han intervenido los fondos acumulados en un 100%, que se encuentran debidamente encajados y ubicados en el espacio disponible del archivo central.



No se cuenta con espacio suficiente para poder ubicar tanto las transferencias documentales realizadas en 2019, ni los fondos acumulados intervenidos en la actualidad. Es por eso que se hace la siguiente observación:

En este momento el depósito de archivo se encuentra ubicado en el sótano, al lado se encuentra la planta eléctrica de la institución, la caldera y cerca corre un río que en épocas de lluvia tiende a elevar su nivel e inundar partes muy cercanas al archivo. Es de gran preocupación que estos factores que se mencionan puedan ocasionar pérdida de la información física de la institución que reposa en nuestros depósitos de archivo.



En el segundo semestre de 2019, la institución adquiere un total de 150 estantes para el depósito de archivo central. En la actualidad el equipo de trabajo de Gestión Documental se encuentra en labores de adecuación de la estantería en mención.



2.5.4 Intervención del fondo acumulado 2016-2019.

Se procede hacer recolección de información física que se encontraba ubicada en el depósito de archivo central de la institución y en las diferentes áreas servicios o procesos en su estado natural.

En el transcurso de las vigencias 2016 a 2019, se intervinieron los fondos acumulados de la institución (archivos encontrados en su estado natural, sin ninguna norma archivística), de procesos como:

Jurídica, Gerencia, Planeación, Cartera Pagaduría (Tesorería), Interventoría asistencial y administrativa, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Científica, Talento Humano (Historias Laborales), Presupuesto, Costos, Farmacia, Almacén, Auditoría de Cuentas médicas, Cardiología, Consulta Externa, Contabilidad, Control Interno, Aseguramiento de la Calidad, Control Interno disciplinario, Coordinación de enfermería, Comité de Curaciones

Convenio Docencia Servicio, Estadística, Facturación, Gestión Ambiental, Gestión Documental, Ginecología, Laboratorio Clínico, Infraestructura y tecnología, Neonatos, Nutrición, Oncología, Patología, Pediatría, Programación de cirugía, Imágenes Diagnosticas, Referencia y Contra referencia, Rehabilitación, Revisoría Fiscal, Seguridad y Salud en el Trabajo, Siau, Sistemas de Información, Trabajo social, Traumatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Urgencias Adultos, Vigilancia y Control.

Estos archivos se encuentran organizados en su totalidad y debidamente inventariados para su fácil ubicación, tarea que contribuye a la eficiencia administrativa

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

Teniendo como insumo las estadísticas manejadas dentro del proceso de ventanilla única de correspondencia y comunicaciones oficiales internas, se tienen los siguientes resultados:

AÑOS	2016	2017	2018	2019
RECIBIDAS	8.032	8.534	8.524	7.921
DESPACHADAS	6.713	6.537	5.916	4.840
NOTIFICACIONES	97.352	101.532	99.322	22.978
ASIGNACIONES	870	360	243	128

2.5.6 Capacitaciones realizadas indicando la fecha, tema y número de asistentes.

Dentro del cronograma de capacitación específica, referente a los temas de Gestión Documental, durante el mes de abril se realizaron jornadas de capacitación dirigida a todos los colaboradores del hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, a saber:



AÑO DE CAPACITACION	TEMA DE CAPACITACION	NUMERO DE CAPACITACIONES	NUMERO DE ASISTENTES
2016	Capacitación en gestión Documental y manejo del aplicativo DOCUNET	13	192
2017	Capacitación en gestión Documental y manejo del aplicativo DOCUNET	9	58
2018	Capacitación en gestión Documental y manejo del aplicativo DOCUNET	6	79
2019	Capacitación en gestión Documental y manejo del aplicativo DOCUNET	6	47

Promoviendo la adherencia y participación activa de los colaboradores en el manejo de la documentación, se llevó a cabo los días 25, 26 y 27 de octubre de 2017 jornadas de socialización de las políticas de Gestión Documental y de Cero Papel dirigidas a todo el talento humano de la institución.

2.5.7 Control de préstamo de documentos

La institución cuenta con procedimiento de Control y Préstamo de documentos, que busca facilitar y suministrar de manera oportuna, eficiente y eficaz la documentación que reposa en los archivos de la institución, además de ejercer control sobre el préstamo de la misma.

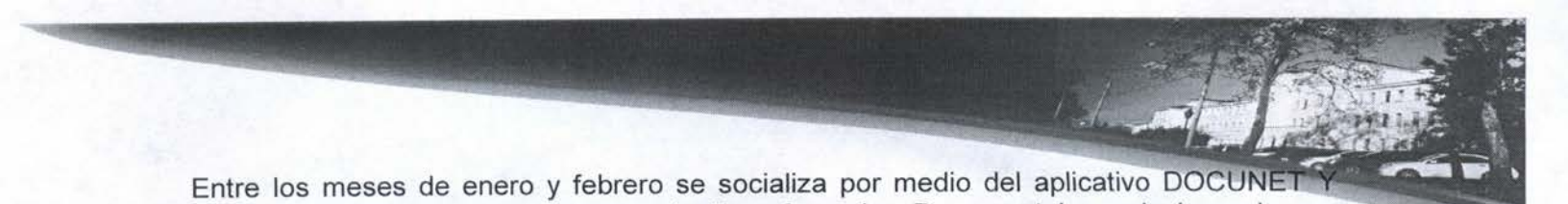
Relacionamos las solicitudes realizada al proceso de Gestión Documental de préstamo de documentos correspondientes del 2016 a 2019.

AÑO	2016	2017	2018	2019
Número de documentos solicitados	351	91	67	74

(Las estadísticas se basan en el número de formatos de solicitud de préstamo de documentos diligenciados).

2.5.8 Transferencias documentales.

La institución cuenta con un Manual de Transferencias Documentales, instrumento que nos sirve de referencia para realizar las transferencias documentales primarias de archivos de gestión al archivo central de la institución, teniendo en cuenta las Tablas de Retención Documental.



Entre los meses de enero y febrero se socializa por medio del aplicativo DOCUNET Y correo institucional, el cronograma de Transferencias Documentales, relacionando por proceso que vigencias, que documentos y en qué fecha deben realizarse las mencionadas transferencias.

A continuación, relacionamos el número de transferencias por año, desde el 2016 hasta el 2019.

AÑO	2016	2017	2018	2019
Número de transferencias realizadas	57	46	69	80

2.5.9 Jornada de 5 “s”

Desde el proceso de Gestión Documental se elabora el protocolo de Limpieza y Desinfección de depósitos de Archivo, tanto para los archivos de gestión como para el depósito de archivo central de la institución. Para evitar el deterioro de la documentación en custodia de nuestro proceso, se elabora anualmente un cronograma de limpieza y desinfección en el cual se destina el último viernes de cada mes para estas actividades (limpieza, desinfección, aspirado...), con la colaboración de personal de Solo por Servicios.

2.5.10 Necesidades del proceso

Con el fin de contribuir a una mejora continua del proceso a continuación presento para su consideración las siguientes necesidades:

- Adquisición de equipos de cómputo y scanner para digitalización de la documentación que reposa en el archivo central de la institución, de igual manera el archivo de la oficina de Talento Humano (Historias laborales).
- Reubicación de los depósitos de Archivo central y archivo de gestión de la oficina Jurídica.

2.6 SISTEMAS DE INFORMACION

Sistemas de información es un subproceso de apoyo que pertenece al proceso de apoyo Gestión de la información y comunicaciones.

2.6.1 Capacidad instalada

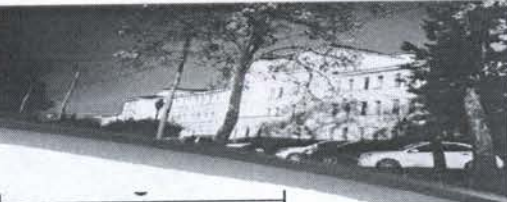


PROCESO	NUMERO EQUIPOS DE COMPUTO
ALMACEN	148
ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	4
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	12
ATENCION AL USUARIO	3
AUDITORIA CLINICA	33
BANCO DE SANGRE	2
CARDIOLOGIA	3
CARTERA	9
CENTRAL DE ESTERILIZACION	3
CENTRAL DE MEZCLAS	34
CENTRO DE INFUSION	2
CIRUGIA	43
CLINICA DE HERIDAS	1
CONSULTA ESPECIALIZADA	37
CONTABILIDAD	6
COORDINACION DE ENFERMERIA	3
COSTOS	4
CUIDADO BASICO NEONATAL	18



DOCENTE ASISTENCIAL	6
ENDOSCOPIA	2
ESTADISTICA	15
ESTANCIA GENERAL GINECO-OBSTETRICIA	13
ESTANCIA GENERAL MEDICA	15
ESTANCIA GENERAL PEDIATRICA	
HOSPITALIZACION	8
ESTANCIA GENERAL QUIRURGICA	14
ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA	7
ESTANCIA MEDICO QUIRURGICA	8
ETICO LEGAL E INVESTIGACIONES	2
FACTURACION	50
FONOAUDIOLOGIA	2
GERENCIA	4
IMAGENELOGIA	20

INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGIA	19
LABORATORIO CLINICO	5
MADRE CANGURO	3
MEDIO AMBIENTE	2
NEFROLOGIA HOSPITALARIA	2
NUTRICION Y DIETETICA	4
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	4
OFICINA ASESORA JURIDICA	14
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	6
ONCOLOGIA	4
PATOLOGIA	3
PRESUPUESTO	3
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	5
QUEMADOS	4
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8
REVISORIA FISCAL	3
SALA PARTOS	3
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	6
SISTEMAS DE INFORMACION	8

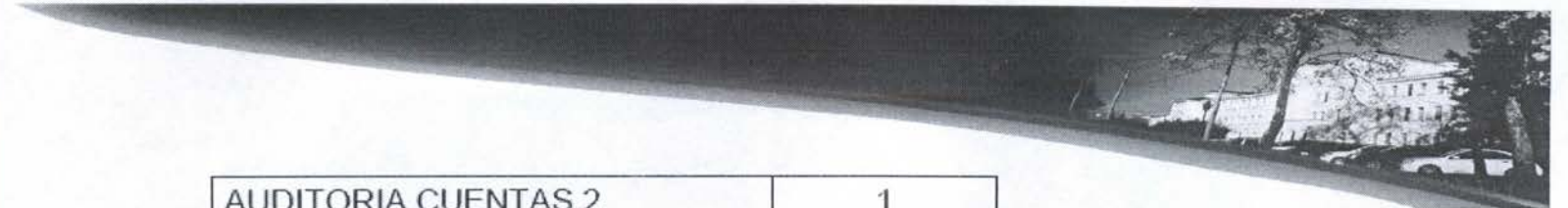


SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	5
SUBGERENCIA CIENTIFICA	4
SUPERVISION Y VIGILANCIA	10
TALENTO HUMANO	7
TERAPIA FISICA	4
TESORERIA	5
TOXICOLOGIA	1
TRABAJO SOCIAL	5
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	25
UNIDAD CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS	18
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS	9
UNIDAD DE SALUD MENTAL	7
URGENCIAS ADULTOS	34
URGENCIAS GINECOOBSTETRICAS	10
URGENCIAS PEDIATRIA	9
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	2
Total general	793

2.6.1.1Inventario de impresoras

SERVICIO	IMPRESORA HOSPITAL
UCINT ADULTOS	1
MEDICAS	1
MEDICO QCA 2	
FACTURACION	
MEDICO QCA 1	1
QUIRURGICAS 1	1
QUIRURGICAS 2	1
RECUPERACION CIRUGIA	
UCI 1	1
UCI 2	1
GINECOLOGIA	
SALA PARTOS	
UNIDAD DE QUEMADOS	1
CONSULTA EXTERNA CONSULTORIOS	2
CARDIOLOGIA	
URGENCIAS PEDIATRIA	
URGENCIAS ADULTOS	

FARMACIA URGENCIAS	
NEONATOS	1
UNIDAD MENTAL	
ONCOLOGIA	



AUDITORIA CUENTAS 2	1
SOAT FACTURACION	
TRANSCRIPCION RAYOS X	1
RADICACION	1
LABORATORIO	1
FARMACIA CENTRAL	1
REFERENCIA	
TRIAGE URGENCIAS	
FISIATRIA	
TOTAL	16

GRUPO	SERVICIOS O ÁREAS	CANTIDAD
Equipos	Servidores entre físicos y virtuales	7
Red	Puntos de Red	800
	Puntos de Red Certificados	450
UPS	Servicios Asistenciales	333
	Servicios Administrativos	195
	Total UPS Servicios Asistenciales y Áreas Administrativos	528
Software	Dinámica Gerencial Hospitalaria Versión .Net Módulos Licenciados: 18. Activos Fijos, Admisiones, Cartera, Citas Médicas, Compras, Contabilidad, Contratos, Normas Internacionales NIIF, Facturación, Generales & Seguridad, Gestión Gerencial, Hospitalización, Historias Clínicas, Inventarios Hospitalarios, Nómina, Pagos, Presupuestos Oficiales y Tesorería	1
	DOCUNET	1
	DARUMA	1
	Elaboración del Perfil Farmaco-terapéutico, Dispensación de Medicamentos NO POS por paciente y Cálculo de la Demanda No Servida	1
	Imágenes Diagnósticas (SYNAPSE Transmisión de Imágenes y de Lectura)	1
	Control de Documentos de facturación (trazabilidad de la factura).	1
	Tablero de utilidades para el servicio farmaceutico	1
	Mesa de Ayuda de Soporte Técnico atendidas por el área de Sistemas de Información.	1
	Encuestas de Necesidades de Software y Hardware Institucional	1



Utilidad para imprimir el formato único de Identificación del Paciente	1
Hojas de Vida Funcionarios y Contratistas	1
INTRANET	1
Aplicativo de solicitud y reserva de hemocomponentes.	1
Encuesta satisfacción al usuario (Sistemas de información)	1
DARUMA (Administración, Control y Seguimiento integral de los Sistemas de Gestión del sector salud)	1

Relación porcentual camas / equipos de computo

SERVICIOS ASISTENCIALES	No. de Equipos		No. de Camas	%
	Port	Escritorio		
Hospitalización Quirúrgicas II	1	4	24	4,8
Hospitalización Medicas	1	7	36	4,5
Hospitalización Quirúrgicas I	1	5	24	4
Hospitalización Trauma	1	5	23	3,8
Hospitalización Ginecología y Obstetricia	3	6	29	3,2
Hospitalización Médico Quirúrgicas	1	6	20	2,8
Hospitalización Salud Mental	0	5	14	2,8
Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	3	5	20	2,5
Unidad de Cuidados Intermedios Adultos	1	6	16	2,2
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	2	5	15	2,1
Sala partos	2	5	14	2
Hospitalización Pediatría	2	5	16	2,2
Hospitalización Quemados	1	3	7	1,7
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 1	4	6	15	1,5
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos 2	4	6	14	1,4
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	3	6	8	1,1
Total	29	84	295	2.6

El hospital tiene un promedio de 2.6% computadores por cama, donde el servicio con mayor número de equipos por cama es Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y el de menor número de equipos por cama es el servicio de Quirúrgicas.

2.6.2 Sistema de Información Institucional

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. cuenta con un Aplicativo Software modular denominado DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA VERSION 2020 UPGRADE 01 PARCHE 03.14.09 y demás herramientas desarrolladas a la medida de las necesidades del cliente interno.

Todos los desarrollos que actualmente se realizan en el área cuentan con un diseño de base de datos relacional que permite la integración con la base de datos del software institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH), lo cual permite gracias a la unificación de la información, la generación de reportes e indicadores institucionales en el módulo de gestión gerencial con el fin de disponer de manera electrónica de un espacio único destinado al registro y almacenamiento de los indicadores, generación de gráficas, análisis y acciones de mejora y toma de decisiones institucionales de acuerdo a su análisis.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. cuenta con un Aplicativo Software denominado DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA VERSION .NET mediante Licencia de Uso N° 268, expedido por el proveedor del software, la Sociedad SISTEMAS Y ASESORÍAS DE COLOMBIA S.A. SYAC en su calidad de único representante de la aplicación DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA, por la cual cede el uso de los siguientes módulos al Hospital:

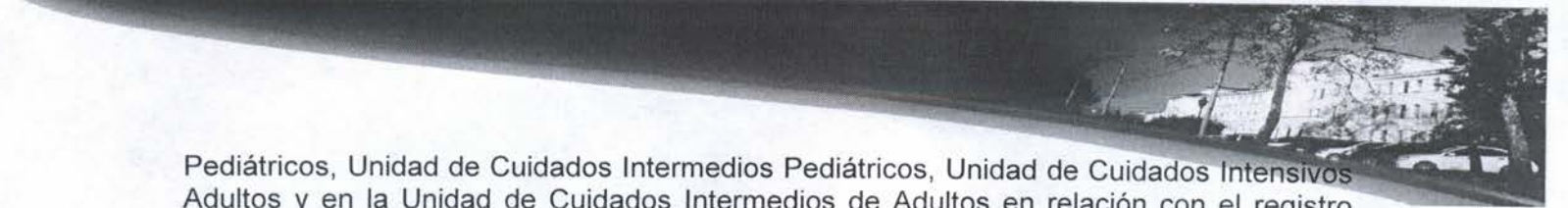
Módulo	Normas	Financieras	Módulo Generales
Módulo Internacionales NIIF			
Módulo Tesorería			Módulo Inventarios
Módulo Cartera			Módulo Contratos
Módulo Pagos			Módulo Citas Médicas
Módulo Presupuestos Oficiales			Módulo Admisiones
Módulo Nómina-Talento Humano			Módulo Hospitalización
Módulo Activos Fijos			Módulo Facturación Ley 100
Módulo Compras			Módulo Historias Clínicas
Módulo Gestión Gerencial			Módulo costos Hospitalarios

Este sistema comprende módulos asistenciales y módulos administrativos, los cuales han sido implementados de la siguiente manera:

Los Módulos relacionados a continuación: Activos Fijos, Admisiones, Cartera, Citas Médicas, Contabilidad, Contratos, Facturación, Generales & Seguridad, Hospitalización, Inventarios, Pagos, Tesorería, iniciaron producción a partir del 1 de julio de 2012, previa capacitación de sus usuarios y parametrización del módulo. El Módulo de Presupuesto se implementó a partir del 1 de enero de 2013 y en Diciembre de 2015 se contrató el Módulo de normas internacionales NIIF.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. dentro de su Proceso de Mejoramiento de la Calidad de la Atención y de Sistemas de Información, decidió la implementación de la Historia Clínica Electrónica, lo cual permite mejorar la calidad, confiabilidad y oportunidad de los registros clínicos, así como la facturación de los servicios de salud brindados y los registros estadísticos de dichas atenciones.

El Módulo de Historia Clínica entró en producción el día 3 de diciembre de 2012, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en la Unidad de Cuidados Intensivos



Pediátricos, Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en la Unidad de Cuidados Intermedios de Adultos en relación con el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el Personal Médico y de Enfermería que interviene en su atención.

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

En cuanto al módulo de NOMINA.NET se encuentran confirmadas y liquidadas las nóminas a Noviembre de 2016 y se continúa llevando en paralelo la liquidación de la nómina en un aplicativo propio de la institución desarrollado en Fox Pro 2.0. Para 2019 se solicitó al proveedor SISTEMAS Y ASESORIAS DE COLOMBIA el ajuste del módulo según las necesidades de la institución; por lo tanto para la vigencia 2019 -2020 se contrató el soporte y mantenimiento del módulo y se pondrá en producción.

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.

En abril de 2019 se unificó contabilidad y El módulo de normas internacionales de información financiera NIFF, toda vez que la normatividad vigente lo exigía.

El módulo de COSTOS.NET no está siendo contratado el mantenimiento desde el 2016 por no cumplir con las especificaciones técnicas que exigen los procesos contractuales del hospital; por lo que para 2019 se solicitó al proveedor SISTEMAS Y ASESORIAS DE COLOMBIA el ajuste del módulo según las necesidades de la institución; por lo tanto para la vigencia 2019 -2020 se contrató el soporte y mantenimiento del módulo y se pondrá en producción.

Así mismo para el año 2020 se solicitará la adquisición de módulo de programación de cirugías, para ser parametrizado y ajustado según nuestras necesidades y puesto en producción en el segundo semestre de 2020

El módulo de COMPRAS.NET está en producción en el área de almacén del hospital, se encuentra en ejecución un plan de capacitación sobre la generación de pedidos a almacén, proceso el cual se venía haciendo manualmente; por el sistema se hará por la opción: Módulo de compras, Procesos/solicitudes, la meta es que todas las áreas del hospital hagan los pedidos a través de la interfaz existente entre este módulo y el de inventarios y dejar de usar lo talonarios manuales.

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. Se tiene la posibilidad de tener una solución integral sobre la documentación generada, los registros o evidencias del mismo y a su vez asegurar que todos estos registros están siendo almacenados bajo los criterios legalmente establecidos. 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.

El área de Calidad adquirió la herramienta software Daruma® D-SaluD como Solución tecnológica para la Administración, Control y Seguimiento integral de los Sistemas de Gestión del sector salud. Permite cumplir con los componentes del Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS): Sistema Único de Habilitación. Sistema Único de Acreditación en Salud. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). Sistema de Información para la Calidad, junto con los estándares nacionales e internacionales: Familia de normas ISO, OHSAS 18001, NTCGP

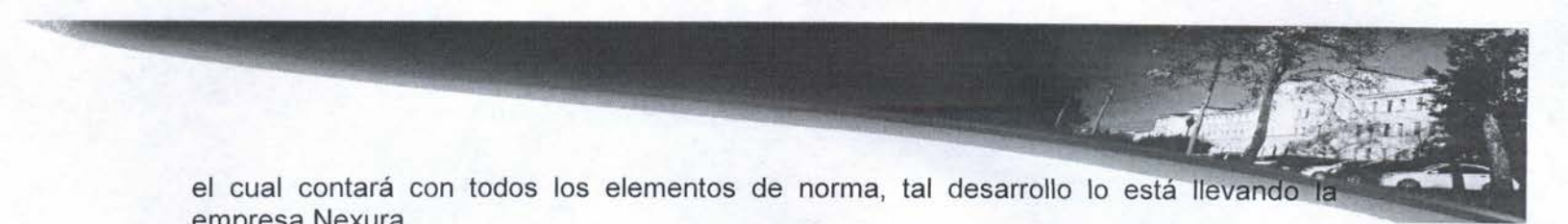
Aplicativo de reporte eventos laborales

- ☐ Aplicativo de monitorización de historia clínica
- ☐ Aplicativo de tablero de control imagenología
- ☐ Aplicativo de legalización de avances.
- ☐ Aplicativo generador de códigos de barras
- ☐ Aplicativo de gestión y administración de camas intrahospitalarias.
- ☐ Control de inventario de bienes de menor cuantía.
- ☐ Control de solicitudes de soporte técnico atendidas por el área de Sistemas de Información.
- ☐ Apoyo en el proceso de Certificación del Servicio Farmacéutico, mediante la captura de la información para la elaboración del Perfil Farmaco-terapéutico, Control de Dispensación de medicamentos para el área de farmacia urgencias, Dispensación de Medicamentos NO POS por paciente y Cálculo de la Demanda No Servida mediante aplicativo software BATCH RECORD, utilidades de apoyo para impresión de stikers en el proceso de unidosis.
- ☐ Formato Único de Identificación de Pacientes
- ☐ Aplicativo controlar las solicitudes de medicamentos No Pos radicadas dentro de las CTC (Comité Técnico Científico) de las EPSS.
- ☐ Encuestas de satisfacción al usuario interno, externo y clima organizacional.
- ☐ Seguimiento al programa de antimicrobianos de comité de infecciones.
- ☐ Utilidades para visualizar solicitud de patologías, imágenes diagnósticas, endoscopias y traslados de cama.
- ☐ Aplicativo para diligenciar formato de Múltiple Registro de Historia Clínica: Protocolo Transfusional, Solicitud, Reserva y aplicación de Hemocomponentes.
- ☐ Utilidad para el manejo de Tarjeta de Medicamentos.
- ☐ Plataforma Capacitación virtual.
- ☐ Sistema para el control de eventos adversos.
- ☐ Utilidades en intranet para: Visualizar solicitudes de imágenes diagnósticas, traslado de cama de pacientes, endoscopias solicitadas, solicitud de patologías, tarjetón de medicamentos, desbloqueo de resultado de resultados de imagenología, consulta de pacientes con Triage que permite seleccionar al paciente ya clasificado.

En cuanto a la situación legal de las licencias de software, el Hospital cuenta con las siguientes licencias: **Página Web**

Se ejecutó el contrato Nro. 342/2019 de prestación de servicios de hosting y servidor de correos institucionales del Hospital San José. En abril de 2019 se renueva contrato con el proveedor del servicio hosting hasta abril de 2020.

Actualmente gracias al convenio Hospital Universitario San José de Popayán con el Banco de Occidente se está adelantando un nuevo desarrollo del portal web del hospital



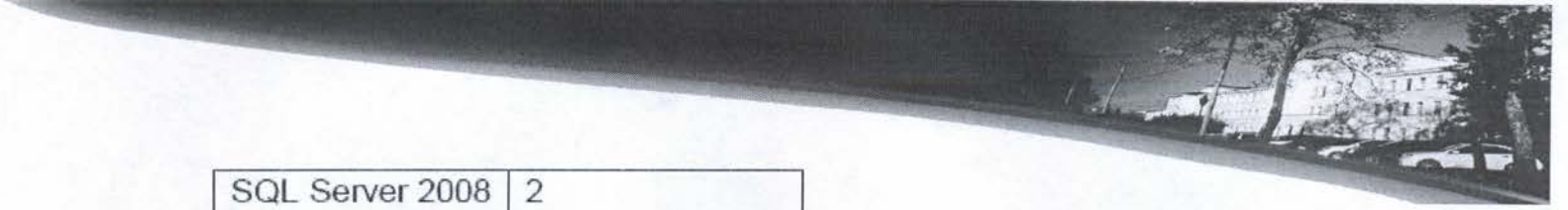
el cual contará con todos los elementos de norma, tal desarrollo lo está llevando la empresa Nexura.

Aplicativos desarrollados

Se han desarrollado, implantados y se encuentran en producción los siguientes aplicativos:

- ☐ Aplicativo de contratos jurídica
 - ☐ Aplicativo control de personal y hojas de vida talento humano
 - ☐ Aplicativo para entrega de resultados de imagenología y patología

 - ☐ Aplicativo de reporte eventos laborales
 - ☐ Aplicativo de monitorización de historia clínica
 - ☐ Aplicativo de tablero de control imagenología
 - ☐ Aplicativo de legalización de avances.
 - ☐ Aplicativo generador de códigos de barras
 - ☐ Aplicativo de gestión y administración de camas intrahospitalarias.
 - ☐ Control de inventario de bienes de menor cuantía.
 - ☐ Control de solicitudes de soporte técnico atendidas por el área de Sistemas de Información.
 - ☐ Apoyo en el proceso de Certificación del Servicio Farmacéutico, mediante la captura de la información para la elaboración del Perfil Farmaco-terapéutico, Control de Dispensación de medicamentos para el área de farmacia urgencias, Dispensación de Medicamentos NO POS por paciente y Cálculo de la Demanda No Servida mediante aplicativo software BATCH RECORD, utilidades de apoyo para impresión de stickers en el proceso de unidosis.
 - ☐ Formato Único de Identificación de Pacientes
 - ☐ Aplicativo controlar las solicitudes de medicamentos No Pos radicadas dentro de las CTC (Comité Técnico Científico) de las EPSs.
 - ☐ Encuestas de satisfacción al usuario interno, externo y clima organizacional.
 - ☐ Seguimiento al programa de antimicrobianos de comité de infecciones.
 - ☐ Utilidades para visualizar solicitud de patologías, imágenes diagnósticas, endoscopias y traslados de cama.
 - ☐ Aplicativo para diligenciar formato de Múltiple Registro de Historia Clínica: Protocolo Transfusional, Solicitud, Reserva y aplicación de Hemocomponentes.
 - ☐ Utilidad para el manejo de Tarjeta de Medicamentos.
 - ☐ Plataforma Capacitación virtual.
 - ☐ Sistema para el control de eventos adversos.
 - ☐ Utilidades en intranet para: Visualizar solicitudes de imágenes diagnósticas, traslado de cama de pacientes, endoscopias solicitadas, solicitud de patologías, tarjetón de medicamentos, desbloqueo de resultado de resultados de imagenología, consulta de pacientes con Triage que permite seleccionar al paciente ya clasificado.
- En cuanto a la situación legal de las licencias de software, el Hospital cuenta con las siguientes licencias:



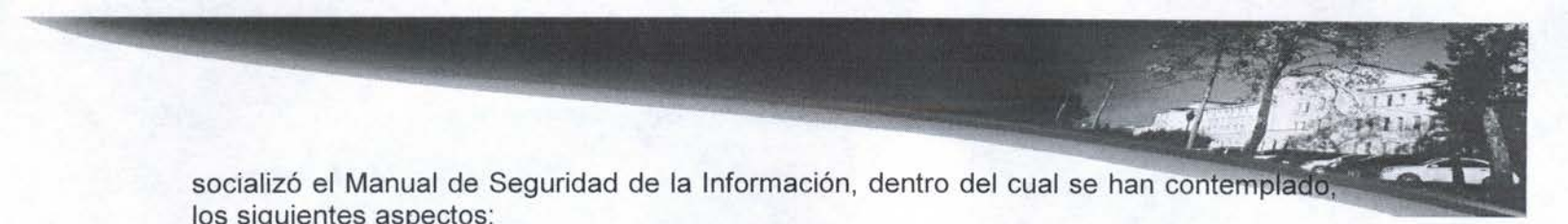
SQL Server 2008 R2	2
SQL Server 2016	8
Visual Studio Profesional .Net 2013	2
Visual Fox Pro	1
Windows Server Estándar 2012	1
Windows Server 2008 R2 CAL	200

Windows Storage Server 2012	1
Windows Server 2016 CAL	600
Validador de RIPS	3
Office 2003	10
Office 2007	22
Office 2010	8
Office 2013	96
Office 2016	97
Antivirus F-Secure	400
Windows XP	8
Windows Vista	15
Windows 7	320
Windows 8	52
Windows 10	136
Visio Estándar 2010	1
Auto Cad	1

Después del inventario de licencias se adquirieron 20 licencias de kit de legalización de Windows 10; Actualmente se cuenta con 36 licencias de office 2016 en caja disponibles para las áreas administrativas o asistenciales según su necesidad.

El resto de los equipos cuenta con aplicativos software de uso libre (Open Office, Libre Office).

Con el objeto de mejorar la seguridad informática, el Hospital creo el comité de Seguridad de la información el cual se reúne mínimo una vez por mes, donde entre otras tareas se



socializó el Manual de Seguridad de la Información, dentro del cual se han contemplado, los siguientes aspectos:

- ☐ Seguridad física –ambiental.
- ☐ Seguridad en el recurso humano.
- ☐ Clasificación y organización de la información.
- ☐ Adquisición, actualización y licenciamiento de software.
- ☐ Uso responsable de Activos y Recursos.
- ☐ Control de acceso a la información.
- ☐ Seguridad para telecomunicaciones e infraestructura.

2.6.3 Aspectos Generales de la plataforma tecnológica del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.:

☐ La plataforma tecnológica del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. que soporta los sistemas de Información está separada en segmentos de red físicos y lógicos e independientes de los segmentos de red de usuarios, de conexiones con redes con terceros y del servicio de acceso a Internet. La división de estos segmentos es realizada por medio de dispositivos perimetrales e internos de enrutamiento y de seguridad. El Proceso de Sistemas de Información es el encargado de establecer el perímetro de seguridad necesario para proteger dichos segmentos, de acuerdo con el nivel de criticidad del flujo de la información transmitida.

☐ El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. ha establecido mecanismos de identificación automática de equipos en la red, como medio de autenticación de conexiones, desde segmentos de red específicos hacia las plataformas donde operan los sistemas de información de la Institución.

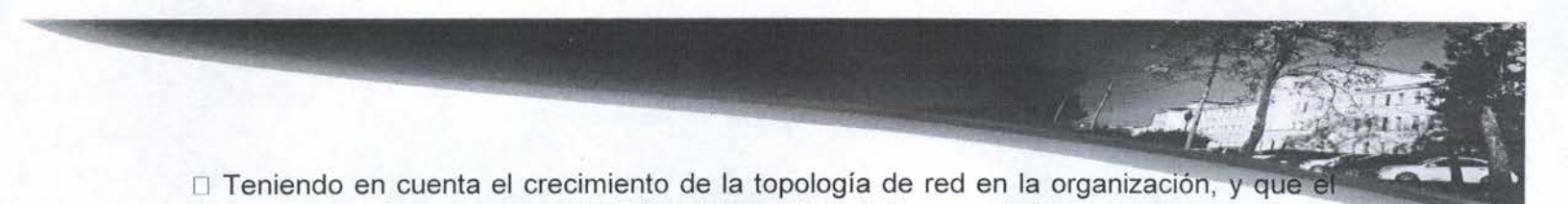
☐ Se asegura la persistencia de la información generando copias de seguridad diarias en medio magnético (Blu-ray), al interior del servidor interno y un servidor externo contratado con una empresa especializada (Datacenter de EMTEL) ubicada en el bunker de esta empresa, donde se envía una copia semanal de la información institucional.

☐ Se contratan servicios externos con proveedores lo cual incluía servidores externos almacenados en nuestro centro de datos, a saber: Servidor Externo WINDOWS SERVER para el funcionamiento de aplicaciones software relacionadas con la prestación del servicio de imágenes diagnósticas (IQWEBX); servidor externo con Windows Server para la interfaz de laboratorio clínico LABCORE; servidor E-PLUS LINUX para aplicativo software de equipos biomédicos de mantenimiento.

☐ Se cuenta con una Red Inalámbrica para los servicios asistenciales y algunas áreas administrativas como gerencia para el acceso a los sistemas e internet institucional

☐ Se instalaron 4 zonas wifi de EMTEL gratis para los usuarios en las áreas de Consulta Externa, urgencias adultos, sala de espera Urgencias Ginecología y sala de espera de cirugía, red aislada de la institucional

☐ Se amplió el ancho de banda a 150 megas con la empresa EMTEL y se tienen 60 megas con la empresa CLARO como soporte frente a caídas de la conexión principal



□ Teniendo en cuenta el crecimiento de la topología de red en la organización, y que el área asistencial se conecta al BACKBONE en fibra óptica para la Red de Datos, se hace necesario actualizar el cableado de red administrativo el cual no se cambia desde hace más de 10 años.

□ Se cuenta con una Red Inalámbrica en los servicios de UCI Adultos I y II, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Pediatría Salas, Cuidados Intermedios, Medicina Interna,

Hospitalización, Urgencias Adultos y Pediátricas, Sala Partos y Ginecología así como en el área de Consulta Externa.

En cuanto a hardware el hospital cuenta con:

Computadores	793
Impresoras (De propiedad y alquiladas)	72
Fotocopiadoras (Alquiladas)	16

En el momento el Hospital tiene una relación de 2:1 en relación con la disponibilidad de computadores. Teniendo en cuenta que actualmente se cuenta con 1647 colaboradores en la institución

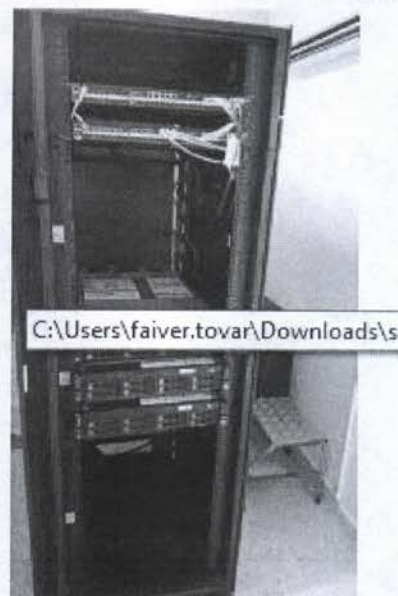
Frente al análisis de la información interna el hospital cuenta con indicadores de procesos, que permiten evaluar la gestión organizacional. Actualmente trabaja en fortalecer su sistema de información, a través de la implementación de la historia clínica electrónica. El Hospital reporta oportunamente a entidades externas entre otras, las siguientes:

Contaduría General de la Nación
Contaduría General de la República
Superintendencia de salud
Circular única
Ministerio de salud y protección social: Decreto 2193 de 2004, Press, formulario aportes patronales.
Banco de la República: Balance, estado de resultados y ejecución presupuestal.
Contraloría Municipal de Salud.- Deuda pública y rendición de cuentas.
Departamento Administrativo de la Función Pública.- Talento humano.

2.6.4 Actividades relevantes realizadas en el periodo 2017-2019

2.6.4.1 Mejoramiento Servidor Principal Hospital Universitario San José

Con una inversión de \$448.347.626 el hospital logro mejorar su plataforma tecnológica con la compra de un servidor nuevo con características de Hiperconvergencia y Especificaciones técnicas acordes a la necesidad de la Institución:



2. 6.4.2 Desarrollo de aplicativa mesa de ayuda

A través del ingeniero de desarrollo se diseñó e implementó una herramienta tecnológica que permitiera llevar el control de requerimientos por servicio o proceso, facilitando la atención oportuna y total de necesidades, al igual que permitió establecer indicadores de calidad del proceso.

CLASAR SESION
SOLICITUDES POR USUARIO
TOVAR NOBLE S

FAIVER

Numero Solicitud: Fecha Registro:

Fecha Asignacion: Fecha Inicio:

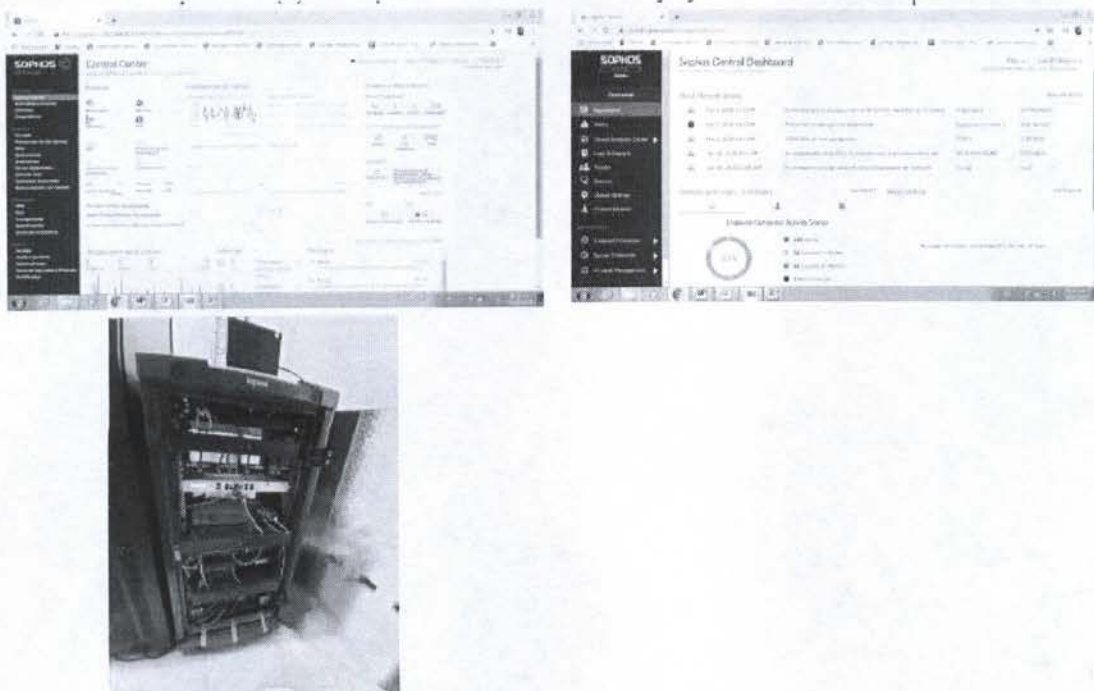
Problemas reportados:

Solucion Ofrecida:

Table with 10 columns: NUMERO SOLICITUD, TITULO, OBSERVACION, USUARIO SOLICITA, AREA, USUARIO SOLICITA, EXTENSION, PRIORIDAD, FECHA RECIBIDA, FECHA RESOLUCION.

2.6.4.3 Sophos UTM XG 330

Con una inversión de \$59.000.000 se adquirió una solución de seguridad informática perimetral a través de hardware y software especializado (firewall y antivirus), licenciamiento por tres (3) años para estaciones de trabajo y servidores físicos.

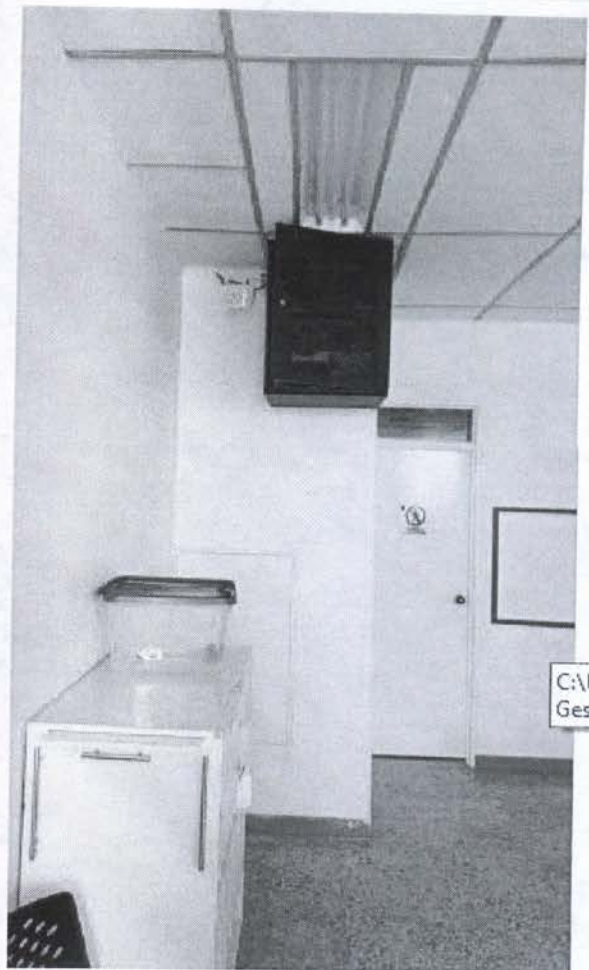


2.6.4.4 zonas WIFI gratis.

En alianza con la Empresa Municipal de Comunicaciones EMTEL se instalaron 4 zonas WIFI de gratis para los usuarios en las áreas de Consulta Externa, urgencias adultos, sala de espera Urgencias Ginecología y sala de espera de cirugía.

2.6.4.5 Mejoramiento red de datos institucional

Con el personal de sistemas de información se realizó el diagnóstico y estabilización de la red de datos cableada e inalámbrica, para brindar una mejor cobertura y desempeño en velocidad de transición de datos.



2.6.4.6. Desarrollo de Aplicativos a la Medida

Durante la vigencia se realizaron varios aplicativos a la medida, que facilitaron las actividades diarias de varios servicios y procesos, así como se sistematizó mucha información que se realizaba manual, entre ellos están: control de remisiones ver 2.0 para el proceso de referencia y contra referencia, alertas INVIMA, manejo de dietas para el proceso de vigilancia y control, asignación de camas para el proceso de hospitalización, orden de servicio y ordenes de imagen para los servicios de laboratorio e imagenología respectivamente, aplicativo legalización de avances, mapa de procesos, Solicitud de Hemocomponentes, aplicativo Jurídica, aplicativo seguridad en el trabajo, tablero de control imágenes diagnósticas, reingresos hospitalarios, Historia clínica ocupacional, reporte de eventos adversos, monitorización de historia clínica, entre otros.