

PLAN DE GESTIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE
POPAYÁN E.S.E.
2020 - 2024



MD. CÉSAR EDMUNDO SARRIA PORRAS
GERENTE

Popayán, Mayo 15 de 2020.



PRESENTACIÓN

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. es una IPS que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de los que se encuentran quirúrgicos, cuidados intensivos neonatales y de adultos, constituyéndose en la institución pública más importante y cabeza red del Departamento del Cauca.

Este Hospital es una institución reconocida por su trayectoria de más de 395 años de prestación de servicios de salud, evolucionando de ser un albergue para enfermos en 1618, a ser hoy un hospital universitario, con procesos de calidad fortalecidos y una orientación clara hacia la alta complejidad.

El modelo de operación del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. está enfocado en procesos, entendidos estos como un conjunto de actividades lógicamente relacionadas y que generan un resultado orientado al cumplimiento de la misión y la proyección institucional, en busca de un usuario satisfecho con la prestación del servicio.

Ante la magnificencia del hospital, se presenta a continuación el Plan de Gestión, considerado una vez aprobado por la Junta Directiva del hospital, la herramienta y marco de acción de la gerencia, para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y 31 de marzo de 2024. En este plan se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera y la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

En el plan de gestión, se busca apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018. Está diseñado y construido de acuerdo con los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad. Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

Marco Legal

- Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones: Artículo 2º: Resultados en salud: “Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de



pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”. Artículo 28. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

- Decreto 357 de 2008: Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Ley 1438 de 2011, art. 72, 73 y 74: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su Artículo 72 estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado. El Artículo 73 planteó el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74 estableció la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial
- Resolución 710 de 2012: 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
- Resolución 743 de 2013: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones
- Resolución 408 de 2018 y su anexos técnicos: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones
- Resolución 1097 de 2018 y su anexo técnico: Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018.

En la fase de preparación se identificaron las fuentes de información, especialmente lo relacionado con la rendición y evaluación del anterior plan de gestión, los informes rendidos a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular No. 009, y la evaluación anual de la vigencia 2019, Esto incluye el diagnóstico de las tres áreas de gestión de aspectos fundamentales como son: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y la Gestión Clínica y Asistencial.



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Definir y desplegar el Plan de Gestión del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 al 31 de marzo 2024, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018, en el que se identifique los compromisos del Gerente relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud, en las áreas de gestión de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las líneas de base de los veinte indicadores del Plan de Gestión Gerencial que aplican a la ESE Hospital Universitario San José de Popayán, según la normatividad vigente.
- ✓ Determinar las metas anuales de cada uno de los indicadores para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y 31 de marzo de 2024.
- ✓ Establecer las actividades que se desarrollaran durante el periodo mencionado, para lograr el cumplimiento de las metas proyectadas.
- ✓ Definir la fase de evaluación del Plan de Gestión Gerencial para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y el 31 de Marzo de 2024



3. PLATAFORMA ESTRATEGICA

3.1 MISIÓN

Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados, apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social

3.2 VISIÓN

Ser una Institución acreditada en salud, líder de la red pública del Departamento del Cauca en la prestación de servicios complementarios, con enfoque en la atención segura y humanizada al usuario y su familia.

3.3. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

- ✓ Política de prestación de servicio y de calidad
- ✓ Política de seguridad del paciente
- ✓ Política de humanización
- ✓ Política de talento humano
- ✓ Política para la gestión de la tecnología
- ✓ Política de enfoque y gestión del riesgo
- ✓ Política de responsabilidad social

3.4 VALORES INSTITUCIONALES

- ✓ Respeto
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Honestidad
- ✓ Solidaridad

3.5 POLÍTICA DE CALIDAD

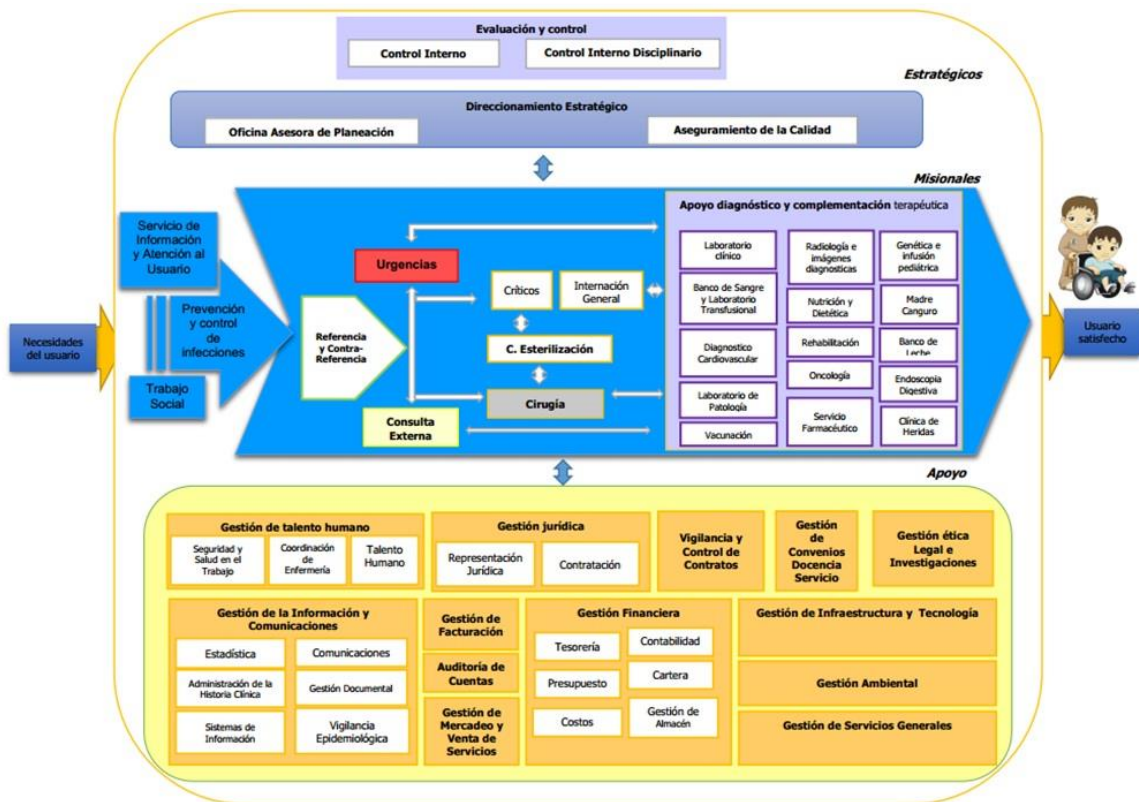
El hospital se compromete a prestar servicios de salud de alta complejidad en el marco de la complementariedad definida en el modelo integral de atención en salud, a través del mejoramiento continuo con enfoque hacia la excelencia



3.6 MAPA DE PROCESOS

El Hospital Universitario San José de Popayán ha definido su mapa de procesos a partir de un modelo de gestión por competencias que integra tres macro procesos.

- ✓ Procesos estratégicos
- ✓ Procesos misionales
- ✓ Procesos de apoyo



La estructura del mapa de procesos de la institución contiene en sus cuatro niveles de gestión la relación de 20 procesos como se observa en la anterior gráfica.



4. DIAGNÓSTICO GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E. DE POPAYÁN

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E fue creado mediante Acuerdo No, 02 del 4 de febrero de 2004, como una entidad pública, descentralizada del orden municipal, de tercer nivel de atención, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El objeto del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E es ofrecer a la población servicios de salud de alta complejidad con desarrollo tecnológico apropiado en condiciones de eficiencia y oportunidad, con garantía de calidad y a costo razonable.

4.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El Hospital Universitario está ubicado en la Carrera 6 # 10 N – 142 de la ciudad de Popayán, capital del Departamento del Cauca y por ser la única IPS pública de mediana y alta complejidad en el departamento se constituye en el centro de referencia de todos los municipios del Cauca y algunos limítrofes de departamentos de Nariño, Huila y Putumayo. Cuenta con un edificio que fue inaugurado en 1951 y remodelado posteriormente, ofreciendo hoy una infraestructura que le permite una capacidad máxima instalada de 500 camas hospitalarias, 8 quirófanos de los cuales están habilitados 5 y una sala de atención de partos con 2 camillas respectivas.

4.2 GENERALIDADES DEL ENTORNO

El Departamento del Cauca está situado al sur-occidente del país, entre las cordilleras central y occidental y los departamentos del Valle del Cauca, Nariño, y Huila, con una porción de 140 Km de costa en el Pacífico y fronteras de menor tamaño con Tolima, Caquetá y Putumayo. Su extensión de 30.169 Kms², equivale al 2,7% del territorio nacional. Reconocido como departamento en 1910, se encuentra dividido en 42 municipios, organizados en 7 subregiones: Bota Caucana, Centro, Macizo, Norte, Oriente, Pacífico y Sur. Se encuentra en un entorno de desarrollo territorial Intermedio, tipología D y en categoría 3 de acuerdo a la Ley 617 de 2000.

Según el último censo DANE, el departamento del Cauca tiene una población total para el año 2018 de 1.243.503 y una densidad poblacional de 49.97 hab./km²



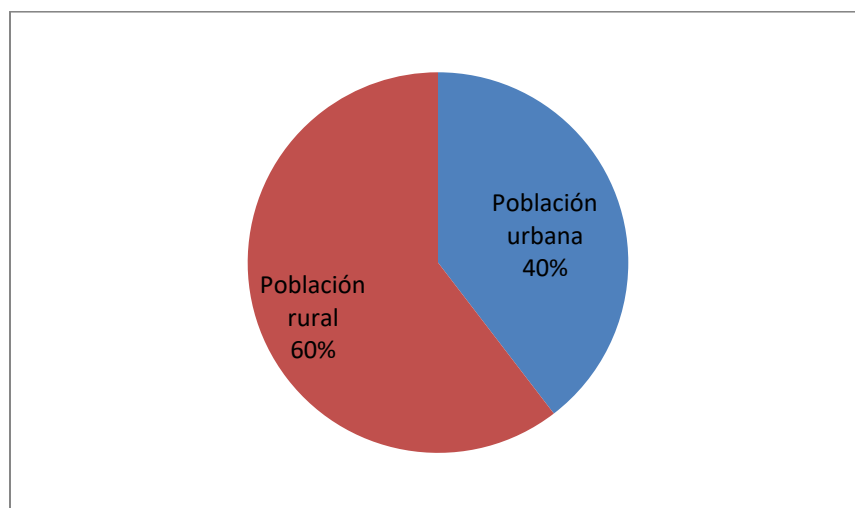
Tabla 1: Información demográfica general departamento del Cauca año 2018.

Variable demográfica	Dato	Unidad de medida
Población total de hombres	615.833,00	Hombres
Población total de mujeres	627.670,00	Mujeres
Porcentaje población de hombres	49,52	Porcentaje (el valor está multiplicado por 100)
Porcentaje población de mujeres	50,48	Porcentaje (el valor está multiplicado por 100)
Población urbana	492.229,00	Personas
Población rural	751.274,00	Personas
Porcentaje población urbana	39,58	Porcentaje (el valor está multiplicado por 100)
Porcentaje población rural	60,42	Porcentaje (el valor está multiplicado por 100)
Población indígena	248.532,00	Personas
Población negra, mulata o afrocolombiana	255.839,00	Personas
Población raizal	183,00	Personas
Población Rom	1,00	Personas
Población palenquero	0,00	Personas
Población étnica total	504.555,00	Personas

Fuente: DNP. Terridata 2019

La población total de hombres y mujeres en el departamento del Cauca es equitativa, no alcanza el 1% a la existencia de más mujeres que hombres.

Grafica 1: Distribución poblacional del departamento del Cauca año 2018



Fuente: Construcción propia con información DANE-Terridata 2019

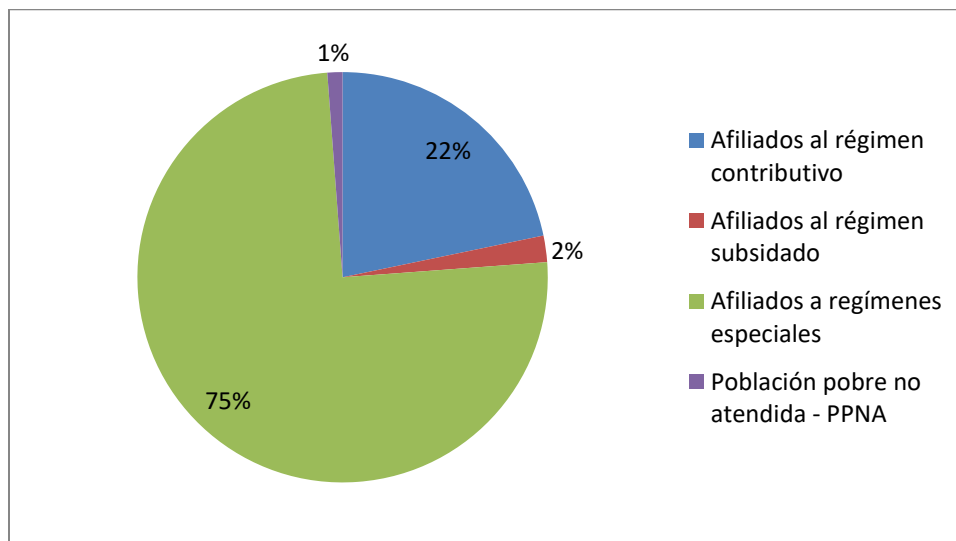


Ya es bien sabido que la mayoría de la población del departamento del Cauca vive en el sector rural, exactamente el 60.42%, mientras que la población urbana no alcanza el 40%. Esto significa que un alto porcentaje de la población caucana está viviendo en zonas dispersas y según el coeficiente de Gini que es 0,50 se puede interpretar que la desigualdad ha de recaer mayoritariamente en la población rural, lo que significa que en términos de la atención en salud por parte del Hospital Universitario San José de Popayán, debe prevalecer la población que procede de las zonas rurales de los municipios y especialmente aquellos que provienen de la áreas más alejadas del territorio.

También es conveniente tener en cuenta que el 40.6% de la población total del departamento del Cauca es considerada población étnica, lo que significa que es deber de nuestra entidad de salud proteger y respetar la cosmovisión, usos y costumbres e identidad cultural de este importante segmento poblacional cuando de atención, tratamiento y restablecimiento de la salud se refiere.

En cuanto a la cobertura en salud, el 85.4% de la población caucana está afiliada al SGSSS, distribuidos en los regímenes como se muestra en la siguiente gráfica:

Grafica 2: Afiliación población caucana a SGSSS en 2018



Fuente: Construcción propia con información DANE-Terridata 2019

La mayor cobertura de afiliación es el régimen especial, seguido del régimen contributivo. Es importante tener en cuenta esta información para la actualización del portafolio de servicios y para la promoción de la venta de servicios del hospital.



Al revisar los indicadores referidos a mortalidad que se pueden observar en la siguiente tabla, se puede interpretar lo siguiente:

Tabla 2: Indicadores relacionados con mortalidad en el Cauca y Colombia años 2015 a 2017

Indicador	2015		2016		2017	
	Cauca	Colombia	Cauca	Colombia	Cauca	Colombia
Tasa de mortalidad	4,02	4,55	4,15	4,58	4,21	4,62
Razón de mortalidad materna a 42 días	71,4	53,71	71,47	51,27	42,6	51,01
Tasa mortalidad infantil > 1 año	20,98	17,1	20,55	16,8	11,77	10,73
Tasa mortalidad infantil > 5 años	16,15	13,23	14,18	13,66	15,6	13,02
Mortalidad en > de 5 años por EDA	6,76	3,29	2,24	3,46	5,19	2,97
Mortalidad en > de 5 años por IRA	22,52	13,17	12,69	13,84	17,8	14,17
Mortalidad por desnutrición en > 5 años	SD	SD	SD	SD	3,71	5,94
Mortalidad asociada a VIH/Sida (*1000 fallecidos)	2,1	0	SD	SD	SD	SD

Fuente: Construcción propia con información DANE-Terridata 2019

Solo en los indicadores de tasa de mortalidad y mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en el periodo comprendido entre 2015 y 2017, el departamento del Cauca se encuentra mejor posicionado que el contexto nacional.

En los indicadores razón de mortalidad materna a 42 días, mortalidad en menores de 5 años por EDA y mortalidad en menores de 5 años por IRA, el departamento del Cauca en uno de los años trabajados estuvo por mejor posicionado frente al nivel nacional.

Lo anterior significa que el departamento del Cauca debe hacer un gran esfuerzo para al menos equipararse con el nivel nacional y el hospital San José de Popayán adelantar proyectos y promover la investigación para apoyar en el mejoramiento de dichos indicadores.

Tabla 3: Indicadores relacionados con fecundidad en el Cauca y Colombia años 2015 a 2017

Indicador	2015		2016		2017	
	Cauca	Colombia	Cauca	Colombia	Cauca	Colombia
Tasa de fecundidad	52,24	52,34	51,43	50,68	SD	SD
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	3,82	2,89	3,52	2,66	3,37	2,83
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	37,35	33,64	36,29	32,31	36,94	32,13

Fuente: Construcción propia con información DANE-Terridata 2019



Tanto la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años y en mujeres de 10 a 19 años, es más alto en el departamento del Cauca comparado con Colombia, por lo que se infiere la falta de educación y mejorar la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. Por parte del hospital es pertinente promocionar las cirugías relacionadas con los métodos anticonceptivos.

Solamente el indicador % de nacidos vivos con bajo peso al nacer es menor en el Cauca frente a Colombia, por ejemplo en el año 2016 mientras que el Cauca reportó 8.06%, Colombia reportó 9,1%. Por otro lado, el Cauca tiene el 2,08% (30.522 discapacitados) de personas con discapacidad del total que tiene Colombia (1.464.684 discapacitados).

4.3 GENERALIDADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN

El Hospital Universitario San José de Popayán, ofrece a la población su capacidad instalada en infraestructura, equipamientos y personal idóneo de acuerdo a cada una de las necesidades. Todas sus acciones y proyecciones están respaldadas en el plan de desarrollo institucional, el cual establece un plan estratégico a partir de las cuatro perspectivas del Balanced Score Card: financiera, clientes, procesos internos.



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%

Informe de seguimiento al plan de inversiones:

	2017	2018	2019	DE 2017 A 2019
TOTAL EJECUCIÓN	25%	48%	25%	33%

Se evidencia un alto cumplimiento de las metas del plan de desarrollo (96%), sin embargo, se sostiene la debilidad en la ejecución del plan de inversiones desde el 2017 al 2019, solo el 33% promedio total.



4.3.1. Capacidad Instalada

Las instalaciones del Hospital San José de Popayán cuentan con la siguiente capacidad instalada para la atención:

Tabla 4: Capacidad instalada a 31 de diciembre de 2019

AMBULANCIAS	Medicalizada	1
CAMAS	Pediátrica	16
CAMAS	Adultos	148
CAMAS	Obstetricia	27
CAMAS	Cuidado Intermedio Neonatal	15
CAMAS	Cuidado Intensivo Neonatal	15
CAMAS	Cuidado Intermedio Pediátrico	2
CAMAS	Cuidado Intensivo Pediátrico	6
CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	24
CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	29
CAMAS	Unidad de Quemados Adulto	6
CAMAS	Psiquiatría	9
CAMAS	Unidad de Quemados Pediátrico	7
CAMAS	Cuidado Agudo Mental	5
CAMAS	Cuidado básico neonatal	5
SALAS	Quirófano	7
SALAS	Partos	2
SALAS	Procedimientos	3
SILLAS	Sillas de Quimioterapia	5
SILLAS	Sillas de Hemodiálisis	4

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS)

4.3.2 Producción

Tabla 5: Producción años 2016 a 2019

concepto	2016	2017	2018	2019
	total	total	total	total
Dosis de biológico aplicadas	3810	3461	2934	2742
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN

NIT. 891 586 002 - 5

Dirección: Cra. 6 No 10N - 142 Popayán - Cauca Tel. 823 45 08

Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	0	0	0
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0
Consultas de medicina general electivas realizadas	0	0	0	0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	28804	27345	33780	33550
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	72304	53340	62285	46597
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	23672	31221	29489	79272
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	2163	1602	7821	9537
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	0	0	0	0
Número de sesiones de odontología realizadas	0	0	0	0
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	0	0	0	0
Sellantes aplicados	0	0	0	0
Superficies obturadas (cualquier material)	0	0	0	0
Exodoncias (cualquier tipo)	0	0	0	0
Partos vaginales	900	863	775	738
Partos por cesárea	1034	961	776	681
Total de egresos	13548	12665	22194	22457
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3118	2712	2882	1961
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4590	4658	5230	8345
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	5319	4730	13131	11015
...Egresos salud mental	521	565	951	1136
Pacientes en Observación	25791	19979	16444	8859
Pacientes en Cuidados Intermedios	2938	2960	2855	3184
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	2832	2822	2937	2686
Total de días estancia de los egresos	108317	109930	122194	133253
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	6676	6740	7948	7322
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	53989	55208	50296	70037



...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	41281	42231	56742	48066
...Días estancia de los egresos salud mental	6371	5751	7208	7828
Días estancia Cuidados Intermedios.	11584	13375	12170	13522
Días estancia Cuidados Intensivos	14046	15028	13956	13994
Total de días cama ocupados	98601	99612	95470	98975
Total de días cama disponibles	108478	110595	110595	110963
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	32156	31222	31322	34328
...Cirugías grupos 2-6	9858	9804	9319	10677
...Cirugías grupos 7-10	12518	12351	12513	14861
...Cirugías grupos 11-13	7816	7518	7782	6891
...Cirugías grupos 20-23	1964	1549	1708	1899
Exámenes de laboratorio	670035	719486	659226	685126
Número de imágenes diagnósticas tomadas	107057	107880	93386	102309
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	138762	137983	117552	131189
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	25977	25622	30523	37548
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	13090	14977	14557	15601
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	0	0	0	0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	0	0	0	0

Fuente: Pagina web del SIHO

Los servicios que ofrece el Hospital Universitario San José de carácter misional son la base fundamental de atención a sus usuarios, el logro en el cumplimiento de las metas se ha logrado gracias al compromiso de todos sus colaboradores.

En el actual periodo gerencial, se deben implementar acciones estratégicas para mejorar la producción especialmente en: aplicación de biológicos, atención de partos vaginales y por cesárea, y pacientes en observación; obviamente, continuar en la buena producción de: consultas de medicina especializadas por urgencias, consultas electivas realizadas por Psicología, Nutricionista, Optometría y otras; egresos quirúrgicos, cirugías realizadas, terapias respiratorias, terapias físicas y otras terapias.



4.3.3 Aspectos de calidad

Servicios Habilitados a 31 de diciembre de 2019

Los servicios habilitados a 31 de diciembre de 2019 se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 6: Servicios Habilitados de la IPS a 31 de Diciembre de 2019

Cod.	Nombre	Serv. Cod	Serv_nombre	Amb.	Hosp.	U. Mov.	C. Baja	C. Med.	C. Alta	No.distint.
1	Internación	101	101 -GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016041
1	Internación	102	102 -GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016042
1	Internación	105	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016043
1	Internación	106	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016044
1	Internación	107	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016045
1	Internación	108	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016046
1	Internación	109	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016047
1	Internación	110	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016048
1	Internación	111	111 -UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016049
1	Internación	112	112 -OBSTETRICIA	NO	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016050
1	Internación	120	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016051
1	Internación	125	125 -UNIDAD DE QUEMADOS PEDIÁTRICOS	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS307430
1	Internación	126	126 -HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS211598
2	Quirúrgicos	203	203 -CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016052
2	Quirúrgicos	204	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016053
2	Quirúrgicos	205	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016054
2	Quirúrgicos	206	206 -CIRUGÍA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016055
2	Quirúrgicos	207	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016056
2	Quirúrgicos	208	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016057
2	Quirúrgicos	209	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016058
2	Quirúrgicos	212	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016059
2	Quirúrgicos	213	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016060
2	Quirúrgicos	214	214 -CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016061
2	Quirúrgicos	215	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016062
2	Quirúrgicos	217	217 -OTRAS CIRUGÍAS - NO ONCOLÓGICO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016063
2	Quirúrgicos	232	232 -CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS - NO ONCOLÓGICO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS414202
2	Quirúrgicos	234	234 -CIRUGÍA DE TÓRAX	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS257737
3	Consulta Externa	301	301 -ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016065
3	Consulta Externa	302	302 -CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016066
3	Consulta Externa	304	304 -CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016067
3	Consulta Externa	306	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016069
3	Consulta Externa	308	308 -DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016070



3	Consulta Externa	309	309 -DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - SI ONCOLÓGICO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016071
3	Consulta Externa	316	316 -GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016072
3	Consulta Externa	317	317 -GENÉTICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016073
3	Consulta Externa	320	320 -GINECOBSTERICIA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016075
3	Consulta Externa	321	321 -HEMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016076
3	Consulta Externa	327	327 -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016077
3	Consulta Externa	329	329 -MEDICINA INTERNA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016078
3	Consulta Externa	330	330 -NEFROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016079
3	Consulta Externa	331	331 -NEUMOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016080
3	Consulta Externa	332	332 -NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016081
3	Consulta Externa	333	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	DHS763174
3	Consulta Externa	335	335 -OFTALMOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016082
3	Consulta Externa	336	336 -ONCOLOGÍA CLÍNICA	SI	NO	NO	NO	SI	SI	DHS016083
3	Consulta Externa	339	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016084
3	Consulta Externa	340	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016085
3	Consulta Externa	342	342 -PEDIATRÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS762512
3	Consulta Externa	345	345 -PSIQUIATRÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016087
3	Consulta Externa	348	348 -REUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS378089
3	Consulta Externa	355	355 -UROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016088
3	Consulta Externa	356	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - NO ONCOLÓGICO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016089
3	Consulta Externa	364	364 -CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS - NO ONCOLÓGICO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS414203
3	Consulta Externa	366	366 -CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS430918
3	Consulta Externa	368	368 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS762513
3	Consulta Externa	369	369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016091
3	Consulta Externa	372	372 -CIRUGÍA VASCULAR	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016092
3	Consulta Externa	377	377 -COLOPROCTOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016093
3	Consulta Externa	384	384 -NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS607000
3	Consulta Externa	386	386 -NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016095
3	Consulta Externa	387	387 -NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016096



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN

NIT. 891 586 002 - 5

Dirección: Cra. 6 No 10N - 142 Popayán - Cauca Tel: 823 45 08

3	Consulta Externa	388	388 -NEUROPEDIATRÍA	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016097
3	Consulta Externa	411	411 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	NO	NO	SI	NO	DHS016098
5	Urgencias	501	501 -SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	SI	SI	DHS016099
6	Transporte Asistencial	602	602 -TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DHS016100
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	701	701 -DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	SI	SI	NO	NO	NO	SI	DHS016101
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	703	703 -ENDOSCOPIA DIGESTIVA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016102
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	706 -LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	DHS016103
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	708	708 -UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS762514
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	709	709 -QUIMIOTERAPIA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016104
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	710	710 -RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	DHS016105
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	DHS016107
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	713	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	NO	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016108
7	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016109



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN

NIT. 891 586 002 - 5

Dirección: Cra. 6 No 10N - 142 Popayán - Cauca Tel: 823 45 08

	tación Terapéutica									
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	718	718 -LABORATORIO DE PATOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016110
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	719	719 -ULTRASONIDO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016111
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	725	725 -ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	DHS016112
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	729	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	NO	SI	NO	SI	NO	NO	DHS016113
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	732	732 -ECOCARDIOGRAFÍA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	DHS016114
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	733	733 -HEMODIÁLISIS	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS758174
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	734	734 -DIÁLISIS PERITONEAL	NO	SI	NO	NO	NO	SI	DHS758175
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	739	739 -FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	DHS016115
7	Apoyo Diagnóstico y Complemen tación Terapéutica	740	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	NO	NO	SI	NO	NO	DHS016116
9	Protección Específica y	916	916 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI	NO	NO	SI	NO	NO	DHS174216



	Detección Temprana									
10	Procesos	950	950 -PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	SI	SI	NO	DHS016117

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS)

Los servicios habilitados en el Hospital Universitario San José de Popayán son los que se encuentran en el Registro especial de prestadores de servicios -REPS y verificado y validado en la oficina de Calidad de la Secretaria de Salud Departamental del Cauca.

Grafica 3: Servicios inscritos en el REPS a diciembre de 2019



Fuente: Informe elaborado responsable equipo calidad, 2020.

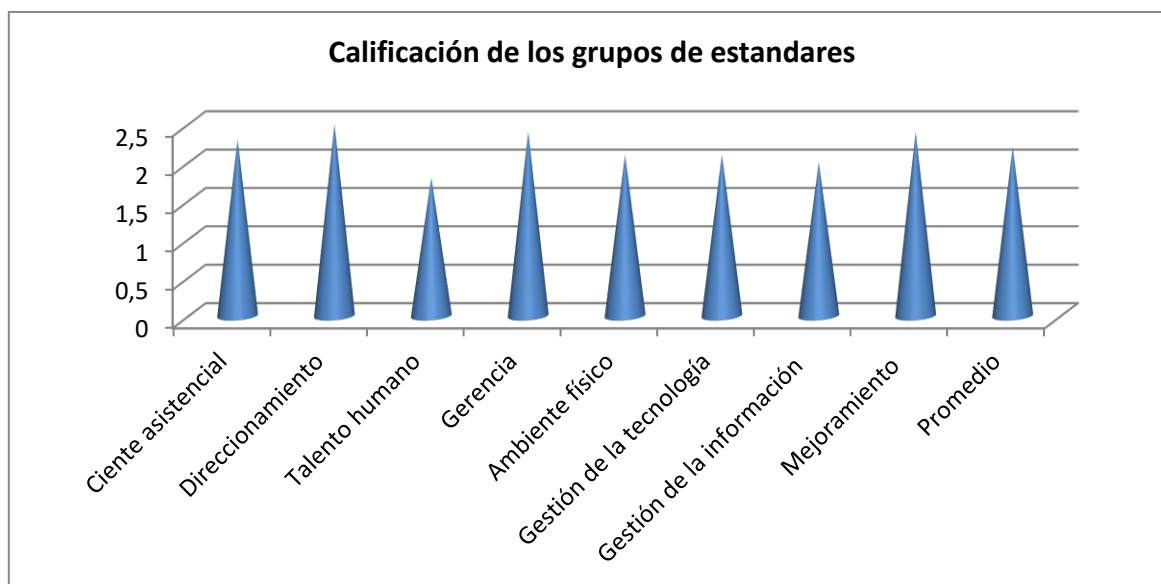
El Hospital Universitario San José de Popayán a 2019 tiene habilitado un total de 85 servicios, de los cuales el 42.3% corresponden al proceso de consulta externa, 21.2% al proceso apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 16.4% al proceso quirúrgico, 15.3% al proceso internación y 1.1% para los procesos protección específica y detección temprana, transporte asistencial y proceso (esterilización).

Autoevaluación con estándares de acreditación:

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC. En este indicador el Hospital ha venido realizando las autoevaluaciones de los grupos de estándares aplicables al hospital como IPS de III nivel, con la participación de los grupos de autoevaluación y mejora, se han desarrollado los planes de mejoramiento respectivos con el enfoque de cierre de brechas en el ciclo de mejoramiento continuo.



Gráfica 3: Calificación de los grupos de estándares



Fuente: Construcción propia con información de la autoevaluación 2019 realizada por el equipo de calidad

La evaluación de los grupos de estándares es semejante entre ellos, la calificación varía entre 1,8 y 2,5, siendo el grupo de estándares de direccionamiento como los mejores evaluados y los de talento humano como los de mayor debilidad para el hospital.

Plan de auditoría para el mejoramiento continuo:

El Hospital ha definido mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, dichos seguimientos son realizados por el equipo de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo no solo cumplimiento de las acciones sino también el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.



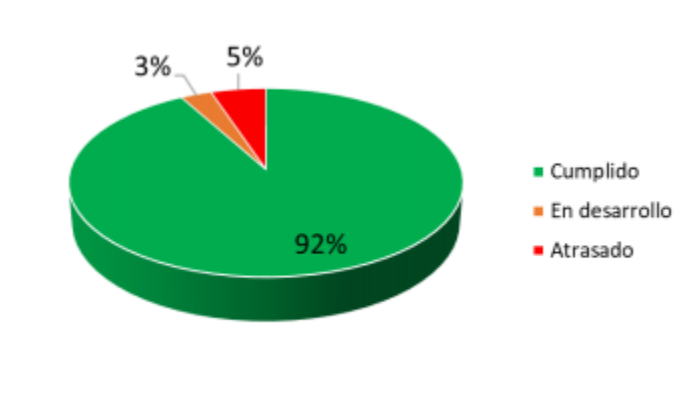
Tabla 6: Cumplimiento implementación PAMEC 2019

PAMEC 2019	ENERO A DICIEMBRE 2019				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	84	78	1	5	93%
Direccionamiento	39	34	2	3	87%
Gerencia	31	25	2	4	81%
Mejoramiento	16	16	0	0	100%
Gerencia de talento humano	41	39	1	1	95%
Gestión del ambiente físico	39	38	1	0	97%
Tecnología	23	22	1	0	96%
Gerencia de la información	37	34	1	2	92%
Total	310	286	9	15	92%

Fuente: Informe evaluación Pamec 2019- Grupo Calidad

Se plantearon un total de 310 actividades a implementar en el PAMEC 2019, siendo el grupo de estándares asistencial con el mayor número de actividades proyectadas, el 27,1% del total de actividades y el de mejoramiento con el menor número, 5,2%. En la misma relación está el cumplimiento de ejecución de actividades con estos dos grupos de estándares.

Gráfica 4: Promedio de cumplimiento PAMEC institucional año 2019



Fuente: Informe evaluación Pamec 2019- Grupo Calidad

Las actividades cumplidas en el año representan en promedio el 92%, actividades en desarrollo el 3% y atrasadas el 5%. En el grupo de estándares asistenciales es donde se encuentra el mayor atraso con el 33% y solo el grupo de mejoramiento tiene cumplimiento total, es decir no tiene actividades en desarrollo ni atrasadas.



4.3.3 Aspectos administrativos y financieros

Riesgo fiscal y financiero:

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

El Hospital San José de Popayán a 2019, ha sido evaluado sin riesgo fiscal y financiero.

Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida:

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



Fuente: Página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento de la UVR durante los años 2016 a 2019 no ha mostrado mayor variabilidad, se muestra un leve incremento en la vigencia 2019, lo cual está determinado



por el aumento en la capacidad instalada lo que paralelamente estableció una incremento en la producción de los servicios institucionales.

Se espera que para próximas vigencias, continuar incrementando la producción y/o se contenga el gasto para mantener o mejorar la UVR.

Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras:

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. fue categorizada para el año 2019 "SIN RIESGO".

La adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgicos en el año 2019, se adelantó a través de medios electrónicos bajo la plataforma web de Colombia compra eficiente SECOP, en la cual se publicó en la página el 100% de las convocatorias, de los procesos que acorde al manual de contratación y el Acuerdo 016 de 2016 requieren convocatoria pública o subastas inversas, teniendo en cuenta su cuantía y naturaleza que indica la modalidad de contratación.

Para el año 2019 el valor total de medicamentos y material médico-quirúrgico bajo la modalidad de convocatoria pública ascendió a la suma de \$27.282.268.362,35 que se realizaron bajo medios electrónicos.

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios:

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación. La variación fue negativa en el año 2019 para el hospital por este concepto.

Concepto	Corte a		Variación
	31/12/2019	31/12/2018	
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de honorarios y contratación de servicios	1.147.700	201.946.609	-200.798.909



Deuda por concepto de salarios y servicios personales indirectos reconocidos en el acuerdo de Reestructuración de Pasivos (Ley 550/99)	56.104.144	189.326.009	-133.221.865
--	------------	-------------	--------------

Cuadro No. XX: Monto de la Deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios.

Fuente: Informe revisor fiscal, 2020

En éste indicador se aprecia variación negativa al comparar las vigencias 2018 a 2019, lo cual implica una disminución determinando un mejoramiento en la gestión de estas deudas al final de periodo, de igual manera se comporta la deuda por concepto de salarios indirectos. A pesar que el indicador muestra un comportamiento adecuado, se debe propender por mejorar los procedimientos de pago, con el fin de mantener la variación negativa o en 0, al comparar vigencias futuras.

Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS):

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

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual el Hospital Universitario San José de Popayán continúa realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud. En la vigencia 2019, el hospital presentó cuatro informes utilizando la información de los RIPS, ante la Junta Directiva.

Equilibrio presupuestal con recaudo

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

La relación recaudo/compromiso es de 1.33 en el año 2019, lo que indica que por cada \$100 comprometidos, el Hospital cuenta en un recaudo de \$133 para apalancar su funcionamiento, por lo obtiene equilibrio financiero; además se resalta que frente al año 2018, el indicador presentó un mejoramiento de \$23. Como resultado de este ejercicio, se evidencia que en la vigencia 2019, el hospital pudo financiar la totalidad de sus gastos con



la totalidad de sus ingresos recaudados. Los resultados obtenidos son meritorios, pues se logra cerrar la vigencia sin cuentas por pagar, con incremento en ingresos reconocidos y recaudados; con incremento en la producción y con equilibrio operacional.

Oportunidad en la entrega del reporte de información de la Circular Única

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionada con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud. Para la vigencia 2019, el Hospital entrega de manera oportuna el reporte al ente de control.

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

En relación a estos indicadores el Hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

4.3.4 Aspectos clínicos o asistenciales

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

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los procesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra urgencias, consulta externa, cirugía, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y referencia y contrareferencia en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

Casos atendidos para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes vigencia 2019:

La evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes para el año 2019, da 100%, es decir que todas las historias clínicas revisadas (según muestra), cumplen con la aplicación de los criterios establecidos en dicha guía.

Durante el 2018, de 25 casos presentados se analizaron 22 historia clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 88%, durante la vigencia 2019 los casos presentados fueron 15 y todos fueron auditados para un cumplimiento del 100%. El Hospital realiza oportunamente la auditoria a los casos presentados de hemorragias del primer trimestre del embarazo.



Primeras 10 causas de egreso hospitalario o de morbilidad atendida:

cdposter	dxposter	Total general
O800	Parto Único Espontaneo- Presentación Cefálica de Vértice	365
K800	Calculo de la Vesícula Biliar con Colecistitis Aguda	285
N390	Infección de Vías Urinarias- Sitio No Especificado	268
O141	Preeclampsia Severa	236
K37X	Apendicitis- No Especificada	201
J159	Neumonía Bacteriana- No Especificada	199
P598	Ictericia Neonatal por Otras Causas Especificadas	181
A419	Septicemia- No Especificada	178
P368	Sepsis del Recién Nacido Debida A Otras Bacterias	169
P073	Otros Recién Nacidos Pre termino	163
Total Hospitalización		13851

Cuadro No. Morbilidad Hospitalización Según Egreso, Enero - Diciembre 2019
Fuente: Informe subdirección científica, 2020.

Según perfil epidemiológico del año 2019 se establece como primera causa de atención institucional Parto Único Espontaneo- Presentación Cefálica de Vértice. De las 61 historias clínicas auditadas (de acuerdo a muestra establecida), se tiene que el 100% de estas evidencian aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario para el año 2019.

Oportunidad en la realización de apendicectomía vigencia 2019

Durante la vigencia 2018, de 403 casos de pacientes con diagnóstico de apendicitis, a 372 se les realizó apendicetomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnostico para un porcentaje del 92%, durante el 2019, de 495 pacientes a 459 se les practicó la intervención quirúrgica en el rango de tiempo establecido para un porcentaje del 93%. Al analizar el indicador frente a la meta establecida que es 90%, el Hospital cumple satisfactoriamente con el límite propuesto, al obtener para la vigencia una oportunidad del 93%.

Casos de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual vigencia 2019.

En el año 2018 se presentaron 2 pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativas, de origen hospitalario, para el 2019 la cifra fue de 1, lo cual determinó una variación negativa al comparar las dos vigencias, es decir hubo una disminución en la presencia de este tipo de eventos, determinando en cierto modo, un grado de mejoramiento. El caso se



presentó en el mes de febrero de 2019 por lo que realizan comité extraordinario de Seguridad del Paciente con el equipo asistencial de la unidad de Neonatos para evitar la presencia de nuevos casos.

Casos pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) vigencia 2019

Durante el año 2018 se reportaron 45 casos de infarto agudo de miocardio, los cuales en su totalidad recibieron terapia específica en la primera hora a la presentación del evento, determinándose un porcentaje de intervención oportuna del 100%. En el año 2019, el número aumento a un total de 138 de casos, de los cuales 137 recibieron terapia específica en la primera hora a la presentación del evento. En el mes de mayo de 2019, se obtuvo una adherencia del 89% dado que no se aplica el protocolo de paciente oportunamente por manejo de dolor epigástrico como diagnóstico principal. A pesar de esta disminución, se observa que el comportamiento es adecuado si se comparan los resultados obtenidos con la meta establecida que es del 90%, ya que para el año 2019 se tiene el 99% de intervención oportuna.

Análisis de mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial empleado con más frecuencia, ya que la cuantificación de las defunciones puede considerarse como una medida de la efectividad de la intervención hospitalaria sin olvidar que está influenciada por otros factores como, la patología atendida, la estructura poblacional, el nivel socio-económico del paciente y la accesibilidad a los servicios. Por otro lado, el análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria.

En el año 2018 el total de defunciones mayores a 48 horas fueron 439, de éstos, 415 fueron revisados en comité de mortalidad, para un porcentaje del 95%. Para el 2019, de 444 se analizaron 407, para un porcentaje del 92%. En consideración a la meta establecida (90%), el hospital cumple con el seguimiento a la mortalidad Institucional. El servicio con mayor número de defunciones es urgencias adultos, seguido de UCI adultos. La mayor causa de defunción son los eventos cardiovasculares, seguido de eventos respiratorios

Oportunidad en la asignación de cita de pediatría año 2019

Para la vigencia 2019, el promedio de días de espera en la asignación de cita de pediatría fue de 5 días, es decir, el Hospital registró oportunidad para este indicador. Durante las reuniones de mejoramiento, se capacita a personal responsable para prevenir mal



agendamiento de los usuarios que requieren ser atendidos por el servicio de pediatría. En total fueron 206 citas pediátricas asignadas en el año 2019.

Oportunidad en la asignación de cita de obstetricia año 2019

Para la vigencia 2019, el promedio de días de espera en la asignación de cita de obstetricia es de 6 días, (el rango meta definido para la institución fue de 8 días), es decir, el Hospital registró oportunidad para este indicador. Se adelantaron acciones de mejora en el proceso de consulta externa en conjunto con los especialistas, donde se incrementa la demanda y en caso de agenda llena, las citas extras se dejan para pacientes obstétricas. En total fueron 498 citas obstétricas asignadas en el año 2019.

Oportunidad en la asignación de cita de medicina interna año 2019

Para la vigencia 2019, el promedio de días de espera en la asignación de cita de medicina interna es de 3,98 días, (el rango meta definido para la institución fue de 15 días), es decir, el Hospital registró oportunidad para este indicador. Durante los meses de noviembre y diciembre disminuyó la oportunidad de asignación de citas de medicina interna en 2.2% y 4.7% respectivamente, debido a la disminución de la oferta de agenda y días de disponibilidad de citas por parte de la especialidad. En total fueron 761 citas de medicina interna asignadas en el año 2019.

5. PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA PANDEMIA DE NUEVO SARS COV-2 O COVID-19 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

La Organización Mundial de la Salud-OMS, declaró el pasado el 11 de marzo de 2020, como pandemia el coronavirus COVID-19, esencialmente por la velocidad de su propagación, invitando a todos los países a tomar medidas y acciones urgentes para la identificación, confirmación, aislamiento y monitoreo de posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas con el fin de insistir en la mitigación del contagio.

El Ministerio de Salud y de la Protección social - Minsalud, mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por causa de coronavirus COVID-19 hasta el 30 de mayo, adoptó medidas sanitarias con el objetivo de prevenir y controlar la propagación del virus COVID-19 en todo el territorio nacional y mitigar sus efectos. Así mismo el 17 de marzo se declaró emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional por medio del decreto 417 de la Presidencia de la República.



Posteriormente el Presidente de la República, mediante decreto 417 del 17 de marzo de 2020 declara Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional.

El 19 de marzo, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el documento soporte “lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia”, mediante el cual se orientan las acciones que las instituciones deben realizar en el marco de la emergencia, por medio de la activación de los planes hospitalarios de emergencia y contingencia y realizar las acciones para la puesta en marcha de los mismos y así atender a la población que lo requiera, prevenir la diseminación del virus y garantizar la atención a los usuarios y la seguridad a los trabajadores del sector salud.

El 24 de Marzo, basados en la resolución 502 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social se adoptan los Lineamientos para la Prestación de servicios de salud durante las etapas de contención, mitigación de la pandemia por Sars-Cov-2 (Covid-19) y la Resolución 536 de 2020 que adopta el Plan de acción para la prestación de servicio de salud.

En virtud de lo anterior, y con base en el PLAN DE CONTINGENCIA PARA RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA POR COVID-19 del Ministerio de Salud y Protección Social, el Hospital Universitario San José inicia el proceso de preparación y posterior atención para la emergencia por COVID-19. Este proceso incluye como primera medida determinar el plan institucional de contingencia, las áreas de atención y contención del virus de acuerdo a los servicios hospitalarios, la capacidad instalada y la complejidad del hospital, y la expansión hospitalaria.

Posteriormente, se realiza el plan de expansión hospitalaria, en el marco del plan hospitalario de emergencia, el cual determina que se debe calcular la capacidad de expansión de la institución para cuando se termine la fase de contención y se eleve el número de casos hasta superar la capacidad instalada del área inicialmente determinada para COVID-19 y se requiera el uso de toda la capacidad de la institución, incluyendo las áreas administrativas o para los servicios ambulatorios.

De igual forma, se incluye en el plan de expansión la reorganización de los servicios hospitalarios existentes (unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermedios e internación general) para la atención de la contingencia.

De esta manera el hospital podría reorganizar sus servicios y ajustar la capacidad instalada así:

Grafica **xx**: Plan de expansión y reorganización de servicios hospitalarios de la IPS para atención del COVID-19



	ACTUAL	EXPANSION FINAL
HOSPITALIZACION		
GINECO HOSPITALIZACION	27	27
HOSPITALIZACION AISLAMIENTO COVID 19 NUEVO	0	25
PREPAGADA HOSPITALIZACION	0	10
PEDIATRIA* CONVIRTIENDO LA HOSP PEDIATRICA EN UNIDAD COVID	16	16
	43	78
UCI	35	35
UCI AISLAMIENTO COVID 19 3 NUEVO	0	17
PREPAGADA UCI	11	11
INTERNACION GENERAL UCI	132	132
UCINT	30	30
UCINT P	2	2
UCIP	6	6
QUEMADOS PEDIATRIA (se ajustaría a UCIP)	7	7
TOTAL	132	240
URGENCIAS		
URGENCIAS	80	25

Fuente: Informe elaborado por coordinadora de aseguramiento de la calidad, 2020.

Dentro de esta etapa de los planes, se identifican las necesidades de equipos biomédicos, mobiliario y personal para la atención en el marco de la contingencia.

Se crea el comité COVID el cual está conformado por el gerente, la subgerente científica, la coordinadora de aseguramiento de la calidad, el infectólogo, los coordinadores de Seguridad y Salud en el Trabajo, Urgencias, UCI adultos y pediátricos, Cirugía y los invitados que corresponda según el tema a tratar.

En el comité se revisan, diseñan y programan, las actividades a realizar en la institución para el manejo de la emergencia.

Dentro de este comité se han realizado las siguientes actividades de acuerdo a la fase de expansión

FASE DE PREPARACION

28/02/2020 Reunión inicial para preparación de plan de contingencia para Covid-19, donde se organiza lo siguiente

- ✓ Esquema para capacitación del personal tanto asistencial como administrativo
- ✓ Intensificar educación en higiene de manos y diligenciamiento de ficha epidemiológica



- ✓ Realizar inventario de alcohol gel, tapabocas quirúrgicos, N95, Guantes, batas, lentes, caretas y mantener informe diario de los mismos
- ✓ Definición de sitios de aislamiento, se solicita al equipo de infraestructura, biomédicos y sistemas un diagnóstico del área para definir intervención
- ✓ Definición de espacio en urgencias
- ✓ Definición sitio transitorio en urgencias, sala de procedimientos
- ✓ Alistamiento de ruta de traslado de pacientes a área aislamiento Covid
- ✓ Revisión de presupuesto para contingencia
- ✓ Coordinar cuadros de turnos de personal asistencial potencial para atención en urgencias, internación
- ✓ Contactar ARL para coordinación de actividades como suministro de EPP, vacunación, capacitación, etc.

01/03/2020 Se inicia adecuación de la sala de COVID en lo concerniente a la infraestructura y pintura de la misma, conexiones de oxígeno, vacío, aire medicinal, redes eléctricas, redes hidráulicas, redes de datos

01/03/2020 plan de medios: información en redes institucionales de campañas de prevención, boletines, comunicados de prensa acordes a reunión de comunicadoras sociales de SSD, SSM Y HUJS hasta la fecha

01/03/2020 CAMPAÑAS INTERNAS HUMANIZACIÓN hasta la fecha

04/03/2020 Reunión SSDC y red de mediana y alta complejidad del departamento para coordinar actividades, en dicha reunión el HUSJ presenta un borrador para unificar ruta y protocolo de atención en el departamento, así mismo se dan instrucciones por parte de SSDC para toma de muestras u embalaje de las mismas, recepción de ellas en el laboratorio departamental de salud pública, se plantea se debe definir el uso de ambulancias.

09/03/2020 Reunión SSDC, SSM y HUSJ; se entrega por parte de HUSJ PLAN INTERINSTITUCIONAL PARA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y CONTENCIÓN DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL CAUCA.

09/03/2020 Se elabora "GUÍA DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE COVID-19" Versión 0 según *los Lineamientos para la Detección y Manejo de Casos de Covid-19 Por los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia*.

10/03/2020 Publicación Circular 101-02-2020 para personal de planta, contratistas de prestación de servicios y representantes legales de los sindicatos a cerca de Medidas de prevención y control frente al COVID-19.

10/03/2020 En reunión interna de HUSJ se define el personal necesario para el funcionamiento del área de Hospitalización Aislamiento Covid-19.



Se generan oficios a SSDC, SSM dando a conocer las necesidades del hospital, con el fin de poder dotar y poner en funcionamiento el área de Hospitalización Aislamiento Covid-19, así mismo respecto a los recursos económicos que se requerirían para la atención de la emergencia.

12/03/2020 Reunión Interna para definición de protocolos de desinfección en áreas administrativas y asistenciales, recursos.

12/03/2020 Publicación guía de atención para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 VERSION 0

13/03/2020 Participación en COVE municipal para presentación de Plan Interinstitucional Para Prevención, Atención y Contención de Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Cauca.

15/03/2020 Inicio verificación adherencia procedimientos higiene de manos en el HUSJ por el equipo de seguridad del paciente.

15/03/2020 Actualización manual de aislamiento.

FASE DE CONTENCIÓN

16/03/2020 Reunión Interna para definición de medidas de contención al interior de la institución

16/03/2020 Publicación Circular 101-03-2020 en la que se establecen algunos cambios, como cambio del sistema de acceso al hospital, no se utilizará el sistema biométrico hasta tanto se supera la emergencia, restricción de entrada de acompañantes, restringir horarios de visita, definición de horarios flexibles para personal administrativo, se establecen turnos asistenciales de 12 horas, limitación de prácticas de pregrado o posgrado de ninguna universidad o institución educativa, ajuste en cuadros de turnos y presencialidad al personal de salud en condiciones de riesgo: adultos mayores de 60 años, diabetes, enfermedades pulmonares, condiciones de inmunosupresión; manejo de ropa hospitalaria, tapabocas, limpieza y desinfección, necropsias, consulta externa, funcionamiento de los diferentes programas y servicios ambulatorios de la institución

16/03/2020 Revisión de área de Hospitalización Aislamiento Covid-19, queda lista con seis cubículos dotados 4 como UCI y 2 como UCIN, con dotación reasignada de diferentes servicios



16/03/2020 Inicio protocolo listas de chequeo aislamiento

17/03/2020 Visita Secretaria de Salud Departamental para Verificación de Capacidad Instalada y Capacidad de Respuesta del HUSJ

17/03/2020 Se adelanta reunión con Sindicatos que colocarán personal en el área de Hospitalización Aislamiento Covid-19, principalmente, así: Sintraoempuh, Sitsalud, Asoterapeutas, Simed, Echeverry Pérez, Sairena para coordinar actividades para entrada en funcionamiento del área, una vez nos llegue el primer paciente sospechoso de Covid-19 con criterios de hospitalización

17/03/2020 Se adelanta reunión con Sindicatos que prestan servicios en el HUSJ, para dar a conocer las directrices impartidas por la administración y aclarar dudas

17/03/2020 Reunión interna con coordinadores administrativos ajuste de horarios de trabajo para disminución de exposición de personal, definición de casos de teletrabajo, configuración de accesos remotos para teletrabajo

17/03/2020 Coordinación de actividades de equipo de ginecología en caso de presentarse gestante, sintomática respiratoria

18/03/2020 participación en reunión de articulación con SSDC

18/03/2020 Construcción de Proceso de Control de Insumos: Procedimiento y Ficha de Control

18/03/2020 Entrega informe capacidad instalada y plan de expansión HUSJ a la Secretaria de Salud Departamental

18/03/2020 Publicación CIRCULAR 004: ajuste procesos administrativos, horarios, actividades administrativas

19/03/2020 diligenciamiento matriz posible expansión HUSJ COVID-19 Versión 1

20/03/2020 informe plan de contingencia respuesta institucional para la atención de la emergencia por COVID-19 a la secretaria de salud departamental

20/03/2020 respuesta circular 046 de 2020: reporte de gestión y compra del stock de insumos con los que cuenta la E.S.E para atender la demanda de atención en salud por casos sospechosos de covid-19 con corte a 19 de marzo de 2020, dificultades para el abastecimiento de insumos. causas, protocolo de medidas de control que se han tomado para fases de prevención, control y mitigación de casos, medidas promoción de la salud y prevención de la enfermedad, informe medidas de prevención, EPP, insumos para los



trabajadores de la salud que eventualmente estarían en contacto con los casos sospechosos y actividades con ARL

20/03/2020 Generación de Otrosí modificadorio a los contratos sindicales que tienen participación directa en la atención en el área de Hospitalización Aislamiento Covid-19

20/03/2020 Participación en reunión de articulación con SSDC

20/03/2020 revisión de equipos que puedan adquirirse directamente por la institución para prepararse para atención de Covid

20/03/2020 Activación de área de Hospitalización Aislamiento Covid-19 con la llegada del primer paciente sospechoso

20/03/2020 En coordinación con economato se aseguró la alimentación del personal que labora en la sala COVID, tanto asistencial como de servicios generales

20/03/2020 Solicitud a secretaria de salud departamental y ministerio de salud y protección social de dotación para área de expansión del HUSJ

20/03/2020 Diligenciamiento censo de pacientes Home Care

21/03/2020 Diligenciamiento encuesta diagnóstico para la atención del COVID-19 de SSDC

21/03/2020 Diligenciamiento informe talento humano para la emergencia COVID-19

21/03/2020 diligenciamiento matriz posible expansión HUSJ COVID-19 Versión 2

22/03/2020 Inicio de campaña de comunicaciones de agradecimiento y estímulo a todos los colaboradores de la institución, tanto asistenciales como administrativos, por su participación activa en la emergencia sanitaria

22/03/2020 Diligenciamiento matriz posible expansión HUSJ COVID-19 Versión 3

22/03/2020 Publicación Circular 101-05-2020 uso de equipos electrónicos área COVID

23/03/2020 Se solicita a sindicatos y planta información de residencia del personal y si cuentan con transporte propio, para consolidar una base de datos y poder organizar rutas de transporte para los que no cuentan con un medio propio

24/03/2020 Diligenciamiento Matriz Posible Expansión HUSJ COVID-19 Versión 4



24/03/2020 Se convoca Comité técnico epidemiológico con la participación de expertos en la materia de Universidad del Cauca, HUSJ, ACMI para plantear estrategias de atención de acuerdo a las etapas que se vayan presentando de la pandemia en el departamento

24/03/2020 solicitud a la alcaldía de dotación para área de expansión del HUSJ

24/03/2020 adecuación carpa triage externo urgencias adultos

24/03/2020 guía de atención para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 Versión 1

25/03/2020 Entrega plan de expansión HUSJ a la Secretaria de Salud Departamental

25/03/2020 Plan de emergencias COVID por seguridad y salud en el trabajo

25/03/2020 Gestión préstamo ventilador SENA

25/03/2020 adecuación cafeterías externas para alimentación personal HUSJ

25/03/2020 Actualización manual de aislamiento

27/03/2020 informe requerimientos plan de expansión, plan de emergencias, inventario equipos, EPP, talento humano a secretaria de salud departamental

27/03/2020 procedimiento de triage HUSJ

29/03/2020 respuesta capacidad instalada HUSJ, solicitud de alcaldía y secretaria de salud municipal

30/03/2020 ajuste y reporte de capacidad instalada diaria y capacidad de ventiladores referencia y contrarreferencia

30/03/2020 adecuación área urgencias no COVID urgencias adultos

FASE DE MITIGACION - CONTAGIO COMUNITARIO

Se establece el Hospital Universitario San José como Referente Departamental

31/03/2020 segunda entrega plan de emergencias a la alcaldía y secretaria de salud municipal



31/03/2020 respuesta a contraloría requerimiento preparación del HUSJ ante la pandemia

31/03/2020 respuesta acción preventiva personería municipal

Compra de 17 Camas hospitalarias para UCI, 26 camas de hospitalización general o cuidados intermedios, 27 monitores de signos vitales con y sin medición de presión invasiva

01/04/2020 Reunión interna equipo COVID

02/04/2020 Realización del procedimiento manejo de cadáveres según Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 por el Ministerio de Salud y protección social

03/04/2020 plan de alistamiento emergencia COVID-19 con Calidad, SST y planeación

03/04/2020 envió plan expansión EPS

03/04/2020 Reunión interna planteamiento de alternativas para prestación de servicio de cirugía ambulatoria, previa verificación de algunos requisitos

06/04/2020 diligenciamiento matriz posible expansión HUSJ COVID-19 Versión 5 con inversión

07/04/2020 recepción visita de seguimiento SSM plan de contingencia COVID

07/04/2020 inicio capacitación personal de enfermería en cuidado crítico y ventilación mecánica

08/04/2020 adecuación triage pediátrico

08/04/2020 guía de atención para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 Versión 2

09/04/2020 Respuesta a requerimiento a SSDC de solicitud de información acerca de plan estratégico para atención de Covid, estado financieros, cartera, entre otros

Expansión de área de hospitalización aislamiento Covid-19 para 17 cubículos para UCI, 25 camas para hospitalización general y/o cuidados intermedios con su respectiva dotación, posible fecha de entrega 14/04/2020

Trámites de cotizaciones con proveedores para insumos como tapabocas y telas



Solicitud a la Fundación Mundo Mujer para la donación de insumos y equipos en el marco de la emergencia

Cotización y búsqueda de proveedores para la adquisición de ventiladores y monitores

Trámite para la adquisición de carpas para expansión extrahospitalaria y traslado de las mismas

Búsqueda de proveedores para la cotización de camas destinadas a UCI y UCIN

Reuniones periódicas con equipo Covid 19 de Hospital San José para los ajustes de proyecto y articulación con Plan de Emergencias Institucional

Consecución de los elementos necesarios de dotación para el personal que atiende la contingencia; así como para el resto del personal asistencial y administrativo, EPP, mascarillas quirúrgicas, N95, batas, etc. Esta ha sido una tarea muy difícil debido al desabastecimiento que se presenta de insumos en el mercado.

Se hicieron modificaciones en los turnos del personal de vigilancia y aseo debido a las necesidades presentadas y al cierre de algunos servicios

Se solicita a los sindicatos asistenciales turnos de trabajo en dos bloques de 12 horas
Preparación de Elementos de Protección Personal, estrategias de aprovisionamiento institucionales.

Establecimiento de política de uso o reusó de Elementos de protección personal como Mascarilla N 95

- Plan de capacitación a grupos:
 - Grupo 1: servicios de apoyo: camillería, servagro, servicios generales: modo conversatorio
 - Grupo 2: Personal salas internación: Manejo de Elementos de Protección Personal (EPP).
 - Atención de pacientes con patología respiratoria y sus complicaciones.
 - Manejo avanzado de vía aérea segura.
 - Atención de pacientes con COVID-19.
 - Manejo de áreas de aislamiento y áreas de seguridad.
 - Certificación en higiene de manos.

Publicación de video informativo para las indicaciones de reusó de Mascarilla N 95

Elaboración de videos ruta de transporte



Disponibilidad de pruebas rápidas diagnósticas para COVID 19

Se define exposición del personal especialista, médicos generales y personal de enfermería

Entrenamiento del personal especialista en procedimientos al personal asistencial para realizar procedimientos como traqueotomías, intubación orotraqueal pasó de CVC etc., en instalaciones de la Universidad del Cauca

Ruta de transporte del personal asistencial al hospital

Informar al personal asistencial la capacitación virtual dictada por ASCOFAME

Estudiar la posibilidad de Hoteles para alojamiento del personal asistencial del Hospital Universitario San José

Adquisición de aspersores de alcohol al 70% u otro desinfectante para el personal asistencial que tenga contacto con pacientes COVID

16/04/2020 Actualización del protocolo para intubación orotraqueal para adultos y niños

Habilitación de las camas restantes en UCI COVID

Habilitación de Quemados pediatría para COVID (8 camas)

Elaboración de Elementos de Protección Personal

Habilitación de servicio de hospitalización respiratoria, en el 3 piso servicio de internación general Traumatología y quirúrgicas I

Habilitación de área de observación de pacientes respiratorios en servicio de urgencias Adultos y Pediátricos

Entrenamiento y capacitación del personal asistencial para atención de pacientes COVID 19, en el servicio de Traumatología y Quirúrgicas I

A continuación se establecen las actividades que se planean como parte de la planificación de la contingencia para la siguiente fase:

FASE TRASMISION SOSTENIDA

Actualización de Guía de atención para pacientes COVID 19



Acción de grupos de trabajo clínico; los especialistas quirúrgicos, anestesiólogos deben hacer revistas médicas de pacientes

Rotación de personal asistencial obligatorios (14 días turnos continuos en el hospital y 14 días en casa)

Hoteles para personal asistencial

Habilitación de Consulta externa y Salas de Ginecología como hospitalización no críticos COVID cuando la ocupación se encuentre al 70%

Habilitación de zona administrativa para atención de pacientes no críticos COVID cuando la ocupación se encuentre al 70%

Tener disponibilidad de pruebas rápidas para el personal asistencial

Personal de especialistas quirúrgicos sustituyen a personal para asistencial para atención de pacientes COVID, por disminución de personal por enfermedad COVID

Estandarización de políticas de calidad para elementos de protección personal

Convocatoria de personal asistencia a nivel departamental

Disposición de hoteles para atención de pacientes no críticos COVID

Definir el momento del uso de TYVEK para personal asistencial

Valorar el uso de ventiladores artesanales para atención de pacientes críticos COVID 19

Como se puede observar en el Hospital Universitario San José de Popayán se han implementado todas las acciones que desde el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal han solicitado para la preparación y atención de la pandemia por COVID-19; sin embargo el Ministerio de Salud y de la Protección Social o en su defecto la Superintendencia de Salud, no se han pronunciado frente a un cambio o actualización de los estándares, metas e indicadores de la Resolución 408 de 2018 y 1097 de 2018, objeto de la presentación de este plan de gestión gerencial. Los impactos que la pandemia tiene sobre la prestación de los servicios de salud de las IPS y especialmente de este hospital que por ser cabeza de red hospitalaria pública del departamento del Cauca está viviendo por la baja venta de servicios; significa un impacto en el logro de las metas y cumplimiento de los indicadores como están actualmente diseñados en las dos resoluciones.

En cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, se presenta a la Junta Directiva el plan de gestión gerencial que se debería implementar y evaluar durante la vigencia



2020-2023 pese a la contingencia que vive el hospital; sin embargo, se solicita a la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán, se pueda realizar un ajuste de metas e indicadores a partir de la realidad actual y que con estos ajustes se adelante la evaluación al gerente a corte 31 de marzo de 2020. En caso que se continúe con la pandemia, se puedan efectuar los respectivos ajustes y en consecuencia el re direccionamiento de la evaluación de los años siguientes.

6. FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

El presente plan de gestión tiene como propósito establecer los compromisos de gestión, acorde a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, la Resolución 408 de 2018 con sus anexos técnicos y la Resolución 1097 de 2018, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por el Gerente del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., Dr. César Edmundo Sarria Porras, durante el periodo 2020-2024, para el cual fue nombrado mediante Decreto No. 20201000001715 del 2020-03-30 y Acta de Posesión N°045 de 1 de abril de 2020, con efectos legales y fiscales a partir del 01 de abril de 2020.

6.1. ELABORACIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, 408 de 2018 y 1097 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

- ✓ Gestión Dirección y Gerencia 20%: Cumplimiento de los logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.
- ✓ Gestión Financiera y Administrativa 40%: Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas.
- ✓ Gestión Clínica y Asistencial 40%: Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.



La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones

6.2. METODOLOGÍA

La metodología empleada para recolectar la información de los diferentes indicadores que integran el plan de gestión gerencial incluye un proceso de cinco fases que involucra tres áreas de gestión:



Y se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- ✓ Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales, con el fin de que se generen la gestión, Implementación y evaluación de los indicadores con los soportes suficientes para la validación de los resultados, los certificados expedidos contienen la fuente de información de los datos y registros reportados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- ✓ Solicitud de certificados al Ministerio de Salud y Protección Social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la presentación de informes rendidos
- ✓ Impresión de pantallazos de la Superintendencia Nacional de Salud, como soporte de presentación oportuna de informes.

6.3. FASES DE LA FORMULACIÓN

6.3.1. Preparación



Esta fase se desarrolló mediante la identificación de las fuentes de información institucional, que adicionalmente permitieron establecer la línea de base de los indicadores y avanzar en la formulación del Plan de Gestión.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Línea de base	Fuente de información
				Año 2019	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	0,66	Documento de autoevaluación de los estándares del sistema de acreditación
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en el PAMEC	0,92	Superintendencia de Salud
	3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan operativo anual cumplidas / Número de metas del Plan operativo anual programadas	0,89	Informe del responsable de planeación del Hospital

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Año Base	Fuente de información
				Año 2019	
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del programa del riesgo fiscal y financiero	No aplica	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior – en valores constantes del año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)]	1,01	Ficha técnica de la página web del SIHO



	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de E.S.E. c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.	0	Informe de gestión año 2019
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. / [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Variación Negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal de la ESE
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de las instituciones clasificadas de primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población captada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de planeación
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	1,33	Ficha técnica de la página web del SIHO



	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento en los términos previstos	Certificación Superintendencia Nacional de Salud
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento en los términos previstos	Certificación Ministerio de Salud y Protección Social

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Línea de base	Fuente de información
				Año 2019	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en la ESE con diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	1	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	13	Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación./ Total de historias clínicas auditadas el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	1	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).



	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico atendida en la vigencia objeto de evaluación. / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.	0,93	Informe de la subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó la apendicetomía que contenga identificación del paciente fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de la apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	-1	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del indicador	Línea de base	Fuente de información
				Año 2019	
Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia del objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	0,99	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4).
	17	Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación. / Total muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	0,92	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.



	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	6	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	3.98	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

6.3.2 Fase de formulación

Esta fase se realiza incorporando información en un solo cuadro tanto la línea base como logros, meta a alcanzar por año y las actividades a realizar

Área de gestión direccionamiento estratégico 20%

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

a) Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

Prospectivamente el Hospital Universitario San José de Popayán fija su meta no solo en la documentación y estandarización de procesos, sino que va más allá del entrenamiento, apropiación y aplicación de los mismos hacia el logro de los objetivos institucionales.



Direccionamiento Estratégico	Indicador 1: Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
Estándar propuesto	Línea base 2019	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 dic/2023
≥ 1.20	0.66	0.80	0.96	1.16	1.4
Formula del Indicador	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior				
Fuente de Información	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior Contrato de postulación				
Observaciones	La autoevaluación cuantitativa y cualitativa de los estándares de acreditación se realizó en diciembre de 2019, correspondiente al periodo anual. Se estableció nueva línea de partida para la preparación para la acreditación				
Actividades a realizar	• Conformar y capacitar a los equipos de autoevaluación para fortalecer sus competencias con respecto al proceso de autoevaluación • Realizar autoevaluación a los estándares de acreditación por cada grupo de acuerdo con el instructivo ajustado. • Preparar informe de autoevaluación • Realizar un diagnóstico real y exhaustivo que permita determinar las condiciones actuales de la institución en materia de cumplimiento al S.O.G.C. • Realizar la autoevaluación por grupo de estándares. • Socializar los resultados obtenidos.				

b) Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

Direccionamiento Estratégico	Indicador 2: Efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en atención en salud.				
Estándar propuesto	Línea base 2019	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
≥ 0.90	0.92	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90
Formula del Indicador	Relación del No. de acciones de mejoras ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/No. de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PÀMEC				
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud				



Observaciones	Se elaboran dos informes al año del cumplimiento PAMEC institucional
Actividades a realizar	• Construir o actualizar el PAMEC una vez realizadas las autoevaluaciones • Elaborar cronograma para las auditorías de la entidad • Estructurar y ejecutar los planes de mejoramiento con enfoque de acreditación para cada grupo de estándares • Realizar seguimiento a la efectividad de las acciones ejecutadas con los diferentes planes de mejoramiento. • Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones • Consolidar y presentar informe semestral de seguimiento.

c) Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

El plan de desarrollo institucional es la carta de navegación, que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar. En este contexto es importante resaltar que el *Plan de Desarrollo 2016-2020* se orienta al fortalecimiento de acciones integradas en el modelo de atención, crecimiento del portafolio de servicios, actualización de Infraestructura física y tecnológica, implementación un sistema de gestión financiera para la optimización de los recursos que garantice la sostenibilidad del hospital, desarrollar el sistemas de seguimiento y gestión - enfocado en los más altos estándares de calidad, e implementar un modelo de gestión del conocimiento e innovación, que permita lograr la visión institucional.

Direccionamiento Estratégico	Indicador 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
≥ 0.90	0.89	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90
Formula del Indicador	No. de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/No. de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de Información	Informe de responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador				
Observaciones	El plan de desarrollo actual del Hospital tiene un nivel de ejecución más alta que la ejecución de su plan de inversiones				



Actividades a realizar	• Formular el Plan de Desarrollo Institucional con la participación de los servidores públicos del hospital • Construir los Planes Operativos Anuales, para cada año de gestión, con indicadores medibles y concretos. • Realizar el despliegue tanto del Plan de Desarrollo como de los Planes Operativos en cada punto de atención • Diseñar los planes de acción por cada área que permitan el cumplimiento de las metas establecida en el POA • Realizar el seguimiento semestral al cumplimiento de las metas establecidas en el POA • Elaborar el plan de inversiones del plan de desarrollo en coherencia con el plan estratégico.
------------------------	--

Área de gestión: financiera y administrativa 40%

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

a) Riesgo Fiscal y Financiero

Financiera y Administrativa	Indicador 4: Riesgo Fiscal y Financiero				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
Adopción del Programa de saneamiento fiscal y financiero	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Formula del indicador	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero				
Fuente de Información	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para las ESE's categorizadas en riesgo medio o alto				
Observaciones	Si se continua que no aplica el estándar propuesto, se le solicitará a la Junta Directiva, que la ponderación establecida en este indicador deberá distribuirse proporcionalmente entre los otros indicadores del área de gestión administrativa y financiera, tal como lo establece el artículo 2 de la resolución 743 de 2013, en el que se modifica el artículo 3 de la resolución 710 de 2012				



Actividades a realizar	• Hacer seguimiento a la cartera con cada entidad, conciliación, depuración, certificación de estados reales y establecimiento de acuerdos de pago con cada una de ellas. • Realizar un plan de depuración de la información de cartera, con el objeto de obtener cifras ciertas de las deudas que tienen las entidades administradoras y aseguradoras, con seguimiento trimestral de resultados. • Realizar monitoreo trimestral al indicador de riesgo fiscal y financiero • Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos generando lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto • Realizar las acciones necesarias para corregir las desviaciones que pudieran producir resultados adversos en el indicador
------------------------	---

b) Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Financiera y Administrativa	Indicador 5: Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
<0.90	1.01	<0.90	<0.90	<0.90	<0.90
Formula del indicador	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Numero de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Numero de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$				
Fuente de Información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social				
Observaciones	Para el resultado 2019 de este indicador, se aplicó la variación anual del IPC al cierre del año 2018 (3.18) para traer a precios constantes los valores del año 2018, observando que el Hospital aumentó su costo por unidad producida				
Actividades a realizar	• Realizar un análisis de la producción, tenga como prioridad identificar los productos que potencialmente generen mayor valor relativo • Establecer Plan de austeridad y gestión ambiental • Comparar cada tres meses el plan de austeridad con la ejecución de las actividades de producción • Verificar la producción mensual por cada proceso asistencial • Realizar mercadeo y marketing para impulsar venta de servicios • Analizar el comportamiento del gasto trimestralmente y medir la financiación con la posibilidad de recaudo				



- Analizar trimestralmente el comportamiento de la UVR para introducir acciones que contengan su decrecimiento.
- Revisión de la facturación por los servicios prestados
Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados

c) Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

Financiera y Administrativa	Indicador 6: Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismo electrónicos				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
≥ 0.70	0	≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70
Formula del indicador	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de E.S.E. c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada				
Observaciones	Pese a que la propuesta de calificación que presenta el Hospital para este indicador año 2019 es de 5, ya que se dice que el 100% de estas compras se efectúan por mecanismos electrónicos, se plantea que la línea base con que se arranca en este periodo gerencial es 0, puesto que las compras se realizan por contratación mediante la subasta inversa. Se plantea no comprar a través de asociaciones de hospitales ni por medios electrónicos toda vez que está demostrado que estos mecanismos encarecen los productos.				
Actividades a realizar	Continuar con las actividades que se han venido realizando en el Hospital para la compra de medicamentos y material médico-quirúrgico				

d) Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior

Financiera y Administrativa	Indicador 7: Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior
-----------------------------	--



Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
0 o variación negativa	Variación negativa	0 o variación negativa	0 o variación negativa	0 o variación negativa	0 o variación negativa
Formula del indicador	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación/[Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación] - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior]				
Fuente de Información	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que contenga como mínimo el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador				
Observaciones	Sin observaciones				
Actividades a realizar	- Realizar seguimiento de las cuentas por pagar a contratistas - Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez al Hospital Conciliar deudas vigentes de años anteriores - Realizar un plan de mejoramiento del recaudo acorde a la magnitud del gasto, para garantizar cero deudas en el concepto planteado en el indicador - Realizar ajuste en el gasto personal si amerita, con el fin de mantener el nivel de gasto y permitir que este se cubra con el ingreso recaudado - Propiciar los pagos puntuales a contratistas, proveedores y el pago total a todo el personal de nómina, antes del cierre de cada vigencia - Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación - Realizar seguimiento a los pagos en los términos establecidos.				

e) Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)

Financiera y Administrativa	Indicador 8: Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
4	4	4	4	4	4



Formula del indicador	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de las instituciones clasificadas de primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.
Fuente de información	Informe responsable de planeación de la ESE, o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, como mínimo contenga ficha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los Rips utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe
Observaciones	Sin observaciones
Actividades a realizar	• Efectuar un diagnóstico detallado y profundo de los sistemas de información que generan los RIPS • Mantener actualizado y en buen estado el software de facturación adquirido por el hospital • Realizar comités técnicos para evaluar la calidad de los RIPS, y la información obtenida de los mismos • Capacitar al personal sobre la norma que regula los RIPS Resolución 3374 de 2000 • Documentar y desplegar metodología para la utilización y validación de los RIPS de manera adecuada • Elaborar informe trimestral del análisis de los RIPS

f) Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Financiera y Administrativa	Indicador 9: Resultado equilibrio presupuestal con recaudo				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
>=1	1.33	>=1	>=1	>=1	>=1
Formula del indicador	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)				
Fuente de Información	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social				
Observaciones	Según informe del área de planeación algunos compromisos están hasta el mes de enero y febrero de 2020, garantizando insumos hospitalarios, seguros, aseo y mantenimiento hospitalario.				



Actividades a realizar	• Elaborar el presupuesto de la entidad con enfoque hacia el recaudo con enfoque hacia el recaudo • Elaborar proyectos para la prestación de nuevos servicios y/o mejorar los existentes • Actualizar portafolio de servicios • Elaborar inventario de EPS nuevas para ofertar los servicios • Evaluar la modalidad de contratación de los servicios, en términos de oportunidad en el recaudo, generación de glosas y descuentos, tarifas, servicios ofertados, esfuerzo institucional, relación costo – beneficio • Evaluar el comportamiento del gasto versus la producción del servicio asociado al mismo y la capacidad instalada • Fortalecer y armonizar las áreas de facturación, contratación, auditoria y cartera, con el objeto de mejorar el flujo de información • Establecer un plan de austeridad en el gasto que incluya análisis de prioridades • Capacitar al personal de facturación para disminuir los niveles de glosas • Depurar constantemente la cartera entre el área responsable, tesorería y contabilidad • Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados y optimizar los costos.
------------------------	--

g) Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

Financiera y Administrativa	Indicador 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
Cumplimiento Dentro de los términos de Ley	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos oportuno	Cumplimiento Dentro de los términos previstos oportuno
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud				
Observaciones	Sin observaciones				
Actividades a realizar	• Verificar que los sistemas de información arrojen cifras confiables que permitan construir la información requerida • Definir las personas responsables de la generación de la información y reporte • Diligenciar la información de los formatos exigidos y los anexos				



- Validar la información reportada y realizar el cargue de la información
Verificar el envío exitoso de la información
- Reportar de manera oportuna el informe semestral en el aplicativo de la Supersalud

h) Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

Financiera y Administrativa	Indicador 11: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
Cumplimiento Dentro de los términos de Ley	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento Dentro de los términos previstos	Cumplimiento Dentro de los términos previstos
Formula del indicador	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente				
Fuente de información	Ministerio de Salud y Protección Social				
Observaciones	Sin observaciones				
Actividades a realizar	• Establecer los mecanismos que permitan la obtención oportuna de la Ejecución Presupuestal incluido el estado de cartera por edades, como principal insumo de la información financiera rendida • Realizar la verificación previa de los datos de producción y calidad, mediante comités técnicos donde se evalúe el comportamiento de los mismos y su tendencia. • Elaborar cronograma para que cada área se encargue de preparar la información y diligenciar los respectivos formularios. • Consolidar la información, rendir y sustentar oportunamente al ente de control, la información cargada en los formularios • Realizar análisis posterior a los datos con el fin de establecer planes de mejora				

Área de gestión: Gestión Clínica o Asistencial 40%



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

a) Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes

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

Clínico o Asistencial	Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
> o = 0.80	1.00	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80
Formula del indicador	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas en la ESE con diagnóstico de hemorragias de tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).				
Observaciones	El informe debe ser elaborado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital tal como se establece en la fuente de información del indicador				
Actividades a realizar	- Realizar seguimiento mensual al sistema de información - Revisar periódicamente las guías de atención, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarlas				



- Establecer auditorías de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a ésta patología.

b) Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

Clínico o Asistencial	Indicador 13: Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
> o = 0.80	1.00	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80	> o = 0.80
Formula del indicador	Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación./ Total de historias clínicas auditadas el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).				
Observaciones	El informe debe ser elaborado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital tal como se establece en la fuente de información del indicador				
Actividades a realizar	• Ajustar el procedimiento de reporte de la información CIE 10 • Capacitar permanentemente al médico en el reporte de esta información • Realizarse auditorias para establecer el adecuado reporte de la información • Realizar comparaciones con las vigencias anteriores con el fin de establecer mejoramiento en el reporte de los diagnósticos.				

c) Oportunidad en la realización de apendicectomía

Clínico o Asistencial	Indicador 14: Oportunidad en la realización de apendicectomía.				
	Línea base	Logros para la vigencia			



Estándar propuesto		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
> 0 = 0.90	0.93	> 0 = 0.90	> 0 = 0.90	> 0 = 0.90	> 0 = 0.90
Formula del indicador	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizo la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico atendida en la vigencia objeto de evaluación./ Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe de la subgerencia científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizo la apendicetomía que contenga identificación del paciente fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de la apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.				
Observaciones	Sin observaciones				
Actividades a realizar	- Realizar seguimiento al sistema de información - Revisar periódicamente la guía de atención, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarla. - Establecer auditorias de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a ésta patología.				

d) Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Clínico o Asistencial	Indicador 15: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
0 o Variación negativa	-1	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa	0 o Variación negativa
Formula del indicador	Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías Bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior				
Fuente de información	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador				
Observaciones	La incidencia de neumonías broncoaspirativas debe tender a cero				



Actividades a realizar	• Capacitar al personal de enfermería para evitar los eventos • Realizar seguimiento al sistema de información • Revisar periódicamente los protocolos de suministro de alimentación, suministro de NPT, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarlos. • Establecer auditorias de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de los protocolos y el adecuado reporte de información de eventos adversos.
------------------------	--

e) Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).

Clínico o Asistencial	Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
> o = 0.90	0.99	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90
Formula del indicador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia del objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso del Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE auditoria de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al Acto Administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4).				
Observaciones	El informe debe ser elaborado por el Comité de Historias Clínicas del Hospital tal como se establece en la fuente de información del indicador				
Actividades a realizar	• Realizar seguimientos al sistema de información • Revisar periódicamente la guía de atención, capacitando y re induciendo al personal que deba aplicarla. • Establecer auditorias de calidad que permitan realizar control a la aplicación adecuada de la guía y el adecuado reporte de información frente a ésta patología.				

f) Análisis de mortalidad intrahospitalaria

Clínico o Asistencial	Indicador 17: Análisis de mortalidad Intrahospitalaria.				
	Línea base	Logros para la vigencia			



Estándar propuesto		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
> o = 0.90	0.92	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90	> o = 0.90
Formula del indicador	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación./Total muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación				
Fuente de información	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.				
Observaciones	Se debe mantener seguimiento continuo al servicio de urgencias adulto, puesto que se llegó a solicitar acciones de mejora extrema para lograr dar cumplimiento al indicador				
Actividades a realizar	- Realizar el diligenciamiento de las fichas epidemiológicas - Realizar análisis de las causas de la mortalidad intrahospitalaria - Realizar y revisar el diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción - Solicitar certificación por parte de Vigilancia epidemiológica y estadística sobre el oportuno y adecuado diligenciamiento de las fichas epidemiológicas				

g) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

Clínico o Asistencial	Indicador 18: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
< o = 5 días	5.00	< o = 5 días	< o = 5 días	< o = 5 días	< o = 5 días
Formula del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de pediatría de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)				
Observaciones	Sin observaciones				



Actividades a realizar	Revisar el procedimiento para la obtención de estos indicadores, estableciendo si los tiempos promedio de espera reportados realmente, corresponden a lo que institucionalmente se están manejando
------------------------	--

h) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

Clínico o Asistencial	Indicador 19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
< o = 8 días	6.00	< o = 8 días	< o = 8 días	< o = 8 días	< o = 8 días
Formula del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de obstetricia de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)				
Observaciones	Sin observaciones				
Actividades a realizar	Revisar el procedimiento para la obtención de estos indicadores, estableciendo si los tiempos promedio de espera reportados realmente, corresponden a lo que institucionalmente se están manejando				

i) Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

Clínico o Asistencial	Indicador 20: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				
Estándar propuesto	Línea base	Logros para la vigencia			
		A 31 dic/2020	A 31 dic/2021	A 31 dic/2022	A 31 mar/2023
< o = 15 días	3.98	< o = 15 días	< o = 15 días	< o = 15 días	< o = 15 días
Formula del indicador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación./ Número Total de citas de medicina interna de primera vez, asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				



Fuente de información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
Observaciones	Sin observaciones
Actividades a realizar	Revisar el procedimiento para la obtención de estos indicadores, estableciendo si los tiempos promedio de espera reportados realmente, corresponden a lo que institucionalmente se están manejando

6.3.3. Fase de aprobación

Se realizará dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, la Resolución 408 de 2018 y la resolución 1097 de 2018.

6.3.4. Fase de ejecución

La ejecución de este plan de gestión es una responsabilidad que se comparte a través del compromiso del gerente, funcionarios y demás colaboradores frente al sostenimiento y mejoramiento institucional el cual se refleja en la satisfacción de los pacientes al recibir los servicios de salud con calidad.

Esta fase comprende:

- ✓ El despliegue del mismo en las áreas de gestión del Hospital Universitario San José de Popayán, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- ✓ El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- ✓ Presentación a la Junta Directiva del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

Para un adecuado entendimiento del Plan de Gestión Gerencial se realizará la divulgación y socialización del mismo en la página web del Hospital.

6.3.5. Fase de evaluación

Presentación de los informes de cumplimiento del plan de gestión

El gerente del Hospital Universitario San José de Popayán presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año



inmediatamente anterior. El informe anual de gestión consolidará los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

Los compromisos adquiridos en este plan de gestión 2020 - 2024 podrán ser sujetos de ajustes por cambio de normatividad o por circunstancias externas y ajenas a la administración que impidan el cumplimiento de las mismas.

La no presentación del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Calificación del informe anual:

La Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán, evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 “Instructivo para la calificación” aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 “Matriz de Calificación” de la Resolución 408 de 2018.

Interpretación de resultados:

Los miembros de la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012 que se muestra a continuación:

Tabla: Escala de Resultados



RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0 - 5,0	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70 %
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70 %

Fuente: Resolución 710 de 2012

Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Una vez cumplido el proceso de evaluación y en firme el resultado de la misma y esta fuere insatisfactoria, será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes deberá solicitar al nominador, la remoción del gerente.

CÉSAR EDMUNDO SARRIA PORRAS

Gerente