



## **PLAN DE GESTIÓN**

**DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ**

**MEJORES SERVICIOS DE SALUD COMO EXPRESIÓN DE LA  
CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN EL SUR DEL TOLIMA**

**1° DE FEBRERO DE 2017 AL 31 DE MARZO DE 2020**



## **PRESENTADO A LA JUNTA DIRECTIVA:**

- **DR. JOSÉ RICARDO OROZCO VALERO, Secretario del Interior Gobernación del Tolima. Representante del Estamento Político Administrativo, Presidente delegado.**
- **DRA. SANDRA LILIANA TORRES DIAZ, Secretaria de Salud del Tolima. Representante del Estamento Político Administrativo.**
- **DR. LUIS EDUARDO GONZALEZ, Director Oferta de Servicios Secretaria de Salud del Tolima, Representante del Estamento Político Administrativo.**
- **DRA. FLOR BIVIANA SANMIGUEL AGUIAR, Sector Científico, representante del personal profesional del área de la salud de la ESE.**
- **DRA. ROSA SILENA MORALES INFANTE, Sector Científico, representante de los profesionales de la salud del área de influencia.**
- **DR. JUAN CARLOS FERRERO OTERO, Decano Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima. Sector Científico, representante de las Universidades con las que se tiene convenio docente-asistencial.**



## **CONTENIDO PLAN DE GESTIÓN**

**PRESENTACION**

**MARCO LEGAL**

**METODOLOGÍA**

- **PREPARACIÓN**
- **FORMULACIÓN**
- **APROBACIÓN**
- **EVAUACIÓN ANUAL**

**EL HOSPITAL QUE SOÑAMOS**

**LINEA DE BASE DE CADA UNO DE LOS INDICADORES**

**LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE LA GERENCIA Y LAS ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR**



## **PRESENTACIÓN**

Mediante Decreto N° 0072 del 1 de febrero de 2017 el Señor Gobernador del Tolima nombró a la Doctora Diana Patricia Buenaventura Jiménez en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bautista de Chaparral, para el período comprendido entre la fecha de posesión y el 31 de marzo de 2020; habiendo tomado posesión del cargo el mismo 1 de febrero de 2017.

En cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que se comentan enseguida, se debe presentar dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de posesión el Proyecto de Plan de Gestión, el cual debe contener entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral ESE, es un hospital público creado por voluntad de particulares hacia el año 1895, habiendo obtenido a personería jurídica en 1914, como hospital de caridad. La edificación que ocupa hoy fue inaugurada en agosto de 1973, luego de que las anteriores instalaciones fueran destruidas en el terremoto de 1967. Mediante Ordenanzas 092 de 1994 y 007 de 1995 fue transformado en Empresa Social del Estado de segundo nivel de complejidad.

El Sur del Tolima está integrado por los municipios de Planadas, Ataco, Roncesvalles, San Antonio, Rioblanco y el propio Chaparral que se constituye en cabecera de la región. Esta es una región con una amplia ruralidad, unas condiciones de pobreza, que en la mayoría de los municipios supera el 60% de NBI y que ha sido marcada por el conflicto armado durante los últimos 50 años. De hecho, las FARC surgen en el municipio de Planadas, vereda Marquetalia, del corregimiento de Gaitania.

Con la firma de los acuerdos de paz entre el Estado Colombiano y la Guerrilla de las FARC, se abre un horizonte promisorio para la región. Y ese horizonte requiere contar con servicios de salud más accesibles, más equitativos, de mayor calidad, más eficientes, más humanizados. La paz se constituye en una oportunidad para la salud. Pero a su vez, mejores servicios de salud, serán un componente que muestre la posibilidad de obtener legitimidad a la renuncia de la lucha armada.

De otra parte, la Ley 1751 de 2015, Ley estatutaria de salud, ha consagrado la salud como un derecho fundamental y ha ordenado una serie de medidas que posibiliten el acceso a los servicios sin trabas burocráticas. Como complemento, la Ley 1753



del mismo año, estableció el Plan de Desarrollo para el cuatrienio 2015-2018, “Todos por un nuevo país”, en cuyo artículo 65 se ordenó al Ministerio de Salud definir la Política de Atención Integral en Salud.

Durante los anteriores cinco años, el Hospital estuvo dirigido por Gerentes nombrados provisionalmente por lo que es la primera vez que los miembros de la Junta Directiva deben estudiar y aprobar un Proyecto de Plan de Gestión.

El Hospital ha tenido una trayectoria de reconocimiento ante la comunidad del Sur del Tolima, aunque su portafolio de servicios y sus condiciones locativas, no se ajustan a las especificaciones de una Institución con una población potencial por atender de 150.000 habitantes.

Si bien el Hospital ha desarrollado algunos procesos de mejora y ha logrado que en medio de la crisis generalizada del sector, se haya mantenido sin riesgo fiscal y financiero, se han identificado en el diagnóstico una serie de oportunidades de mejora que se expresan de manera especial en el direccionamiento. Se había considerado que los Gerentes eran competentes para expedir los planes de desarrollo y operativos anuales, por lo que no se presentaron para aprobación a la Junta Directiva, por lo que estrictamente no existen. Se han observado oportunidades de mejora en la gestión clínica y en algunos aspectos administrativos. Se tienen graves incumplimientos en las condiciones de habilitación en cuanto a infraestructura, que no se resuelven bajo la premisa de que existe un proyecto de construcción de una nueva sede, que dentro de los plazos de la administración pública no será realidad hasta dentro de más de cinco años.

El proyecto que aquí se presenta, busca superar algunas de las limitaciones y aprovechar las oportunidades que el momento histórico brindan, convirtiéndose en un Hospital para la Paz.

El documento está integrado por una revisión inicial del marco legal, que facilite a los integrantes de la Junta ubicar el marco normativo, bajo el cual se debe regir el análisis del mismo. A continuación se presenta la metodología seguida para su formulación, en estricto apego a las disposiciones del Ministerio de Salud, para continuar con una expresión de lo que considera esta Gerente debe ser el Hospital del mañana, que he titulado **EL HOSPITAL QUE SOÑAMOS**. Además de los sueños, se exponen las principales líneas estratégicas que creo desarrollan la política nacional de prestación de servicios, en sus ejes de calidad, accesibilidad y eficiencia. Posteriormente se presenta el diagnóstico de la situación actual para



cada uno de los indicadores de hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 743 de 2012. Allí se presenta cada uno de los indicadores, su fórmula, la fuente de información y se incluyen los comentarios de las personas responsables del tema, en los que se recojan sus vivencias frente a los logros y limitaciones y seguidamente se presentan los comentarios de la gerencia actual. Finaliza el documento con la definición de los logros a alcanzar, para cada indicador, las actividades generales a desarrollar y las metas que se proponen para cada uno de los tres años.

Presento a consideración de la Junta Directiva el proyecto de Plan de Gestión, con la esperanza de que sea de su aceptación y presta a atender las recomendaciones y ajustes que consideren necesario introducir.

Finalmente deseo expresar la gratitud al Señor Gobernador por la confianza depositada y a todos los funcionarios y contratistas que colaboraron en su elaboración.



## MARCO LEGAL

El artículo 49 de la Constitución Política de nuestro país, establece que La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 2°, al definir la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, decreta que éste es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

La Ley 1438 de 2011, define en su artículo 72 y siguientes, los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. “Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios...”<sup>1</sup>. Este mismo artículo establece que el plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud y Protección Social.

El artículo 73 de la misma Ley define el procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las empresas sociales del orden territorial, estableciendo que el Gerente debe presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión del Hospital, dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión. La Junta Directiva deberá aprobar el plan de gestión dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación. El Gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes. En caso de que a Junta Directiva no apruebe el plan de gestión dentro del término establecido, el proyecto presentado por la Gerente se entenderá aprobado.

El artículo 74 establece que el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan, a más tardar el 1 de abril de cada año, de acuerdo con los contenidos y metodología que defina el Ministerio. La Junta deberá evaluar dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación dicho

---

<sup>1</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Artículo 72



informe y lo hará constar en un Acuerdo que debe ser notificado a la Gerente. Este Acuerdo tiene los recursos de reposición ante la propia Junta y de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud. Una vez en firme y si la evaluación hubiere sido insatisfactoria, será causal de retiro de la Gerente dentro de los 5 días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Por su parte el Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud y Protección Social expidió la Resolución 710 de 2012, mediante la cual definió los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Esta Resolución fue modificada parcialmente por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 15 de febrero de 2018, las cual se constituye en el marco de referencia para la elaboración del presente plan.

El Señor Gobernador del Tolima, mediante Decreto N° 0072 del 1 de febrero de 2017 nombró a la Doctora Diana Patricia Buenaventura Jiménez en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bautista de Chaparral, habiendo tomado posesión del cargo el mismo 1 de febrero de 2017. En consecuencia, el término establecido para la presentación del proyecto de Plan de Gestión, vence el 15 de marzo de 2017.



## **METODOLOGÍA**

Para la construcción del presente proyecto de Plan Gestión, se siguieron las etapas consagradas en la Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de La Protección Social (hoy de Salud y Protección Social), así:

### **FASE DE PREPARACION**

Inicialmente se conformó un Equipo de Trabajo con la participación de los colaboradores de planta o de contrato que se consideraron responsables de la generación de la información sobre la línea de base de cada uno de los indicadores contenidos en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013. A este grupo se le recapacitó sobre el contenido de las resoluciones mencionadas y el objetivo del plan de gestión, estableciendo con claridad el responsable de la información para cada indicador. Esta reunión de socialización se realizó el día 9 de febrero de 2017.

### **FASE DE FORMULACIÓN**

Una vez definidos los responsables de la información y realizada la nivelación conceptual y metodológica, se recibieron informes preliminares de cada una de las dependencias con la línea de base para cada uno de los indicadores. Posteriormente, se sostuvieron sesiones de trabajo con cada responsable y su Equipo, en las cuales se revisó la metodología como se capturaba, procesaba y analizaba la información en el marco del proceso de atención. De dichas sesiones de trabajo, surgieron requerimientos de ajuste a la información y cuando fue preciso se indicaron los ajustes necesarios a los procesos para adecuarlos al marco normativo aplicable. En cada uno de los indicadores se señala el comentario pertinente, el cual consta de dos partes: una primera, con la visión de las personas directamente involucradas y una segunda, con el análisis crítico que posibilita la identificación de problemas y la construcción de un primer plan de trabajo para su resolución y los logros específicos a alcanzar por área de gestión. Seguidamente se plantean las principales acciones o actividades a ejecutar para alcanzar los logros planteados, con la definición de las metas anuales.

Esta Gerente desea resaltar que, con la metodología planteada, si bien se identifican las oportunidades de mejora y los necesarios ajustes, ya que en algunos indicadores, hubo necesidad de registrar que no se contaba con dato acorde al rigor



definido en la normatividad, se debe reconocer el trabajo realizado durante los años anteriores, a pesar de que desde hace más de un lustro no se contaba con gerente en propiedad, y por tanto no se había formulado este ejercicio. Al involucrarse en la redacción del diagnóstico a las personas comprometidas hasta ahora, no sólo se reconoce el trabajo realizado, sino que se apoya el autocontrol, al evidenciar por parte de ellos mismos, las desviaciones que se tuvieron frente a las disposiciones normativas y técnicas. Este aspecto, seguramente, posibilitará un mayor compromiso en la construcción y ejecución de los planes de mejora, sin menoscabo de su autoestima, evitando la percepción de que la nueva administración asume que no se había hecho nada anteriormente. Si se ha trabajado, pero se requieren realizar ajustes de direccionamiento y de orientación metodológica, en la mayoría de los indicadores.

La fase de formulación culmina con la entrega de este documento a cada uno de los miembros de la Junta Directiva y la sustentación en la oportunidad que se defina, una vez hayan podido estudiar el documento.

## **APROBACION**

Tal como lo establecen los artículos mencionados de la Ley 1438 de 2011 y la reglamentación del Ministerio de Salud, una vez recibido por la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión, la Junta cuenta con 15 días hábiles para aprobarlo o introducir modificaciones, sobre las cuales la Gerente puede interponer recursos dentro de los 5 días hábiles siguientes, los cuales debe resolver la Junta dentro de los 10 días hábiles posteriores. Si la Junta no se pronuncia dentro del término legal, se entenderá aprobado el proyecto presentado por la Gerente.

## **EVALUACION ANUAL**

Si bien, esta Gerencia presentará informes de gestión a la Junta Directiva trimestralmente, o con a periodicidad que la Junta lo estime, conforme la Resolución 743 de 2013 resolución 408 de 2018, al no haber ocupado el cargo de Gerente durante todo el año 2017, ya que la fecha de posesión fue 1 de febrero, el año 2017 no será objeto de evaluación. La primera evaluación de cumplimiento del Plan de Gestión, por parte del Junta Directiva, se hará en el año 2019, con referencia al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018, para lo cual



esta Gerente debe presentar un informe, de acuerdo con los contenidos y metodología establecidos por el Ministerio de Salud en la resolución 408 de 2018, antes del 31 de marzo de 2019. Para el año 2017, se continuarán enviando los informes mensuales a la Superintendencia Nacional de Salud, que establece la Circular 09 de 2015 emanada de ese Despacho.



## EL HOSPITAL QUE SOÑAMOS....

Además de los lineamientos de ley, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud establecida en el documento CONPES 3204 de 2002 y del Plan de Desarrollo del Señor Gobernador del Tolima, “Soluciones que Transforman” y del Plan de Desarrollo del Señor Alcalde del Municipio, “Chaparral, cuna de paz y progreso”, esta Gerente desea incluir en el documento, su propia visión de lo que debería llegar a ser el Hospital, así como de unos factores críticos de éxito que pudieran complementar los indicadores definidos en la Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral, lo soñamos, respetando los siguientes postulados:





Un hospital líder en la calidad científica de la atención



Un hospital transparente: decisiones públicas que demuestren el respeto por los dineros públicos



Un hospital que logre un ambiente digno y amable para sus pacientes, clientes internos y externos



Un hospital que trabaje en red



Un hospital que bajo la orientación científica establezca políticas que se ejecuten por convicción y compromiso de todos.



Un hospital que logre disminuir los costos de atención para poder ser atractivo para los compradores



Un hospital cuyos resultados en atención lo haga merecedor del aprecio y respeto de los pacientes y el orgullo de su personal



Los anteriores postulados, se concretan en las siguientes líneas estratégicas:

**1.- En el eje de calidad:**

1.1 Trabajo articulado con los hospitales de la red, las Entidades Responsables del Pago y otros sectores para la reducción de la mortalidad perinatal, la mortalidad materna y otras prioridades del Plan Decenal de Salud Pública, con énfasis en la morbilidad de la región Sur Oriental del departamento.

1.2 Trabajo permanente en la recuperación de la confianza de los usuarios, tanto de programas de promoción y prevención, como en los programas asistenciales: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, dando especial énfasis a la humanización del servicio, la promoción de los derechos de los pacientes establecidos en la Ley Estatutaria de Salud y la capacitación de los usuarios en cuanto a sus deberes para con el sistema de seguridad social en salud y el buen trato a los funcionarios y contratistas del Hospital.

1.3 Trabajo permanente en el desarrollo de los componentes del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema único de habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad.

1.4 Trabajo permanente en el desarrollo del Cliente Interno, mediante mejoramiento de las condiciones laborales, educación continuada, bienestar social, sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo y dentro de las posibilidades financieras, formalización laboral.

1.5 Implementación, mantenimiento y mejora continua de los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia.

1.6 Mejoramiento continuo, del proceso de referencia y contrareferencia, dentro del marco normativo y la política de atención integral en salud, definida mediante Resolución 429 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud.

1.7 Mejoramiento de las condiciones de la infraestructura física para la prestación de servicios, abordando el tema en tres frentes: Fortalecimiento de la prestación en los centros y puestos de salud construidos o mejorados por la Alcaldía Municipal, recibidos en comodato; Búsqueda de apoyo en los gobiernos municipal, departamental y nacional para agilizar la aprobación y ejecución del proyecto de construcción de la nueva sede del Hospital y mejora así sea paliativa de las



condiciones de la actual infraestructura, mantenimiento en áreas de quirófano y hospitalarias, promoviendo el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación y propendiendo por la asepsia y antisepsia en áreas críticas, gestión especialmente en lo concerniente a garantía de agua y luz de manera permanente y solución a los problemas de goteras y a algunos aspectos locativos que incumplen las condiciones de habilitación. Se debe romper el ciclo de que debe continuarse en las actuales condiciones porque se está trabajando en el proyecto de la nueva sede, ya que en el mejor de los casos, pasarán cuatro o cinco años durante los cuales los pacientes serán atendidos en las actuales instalaciones.

1.8 Mejoramiento de los procesos de generación, análisis y utilización de la información epidemiológica y administrativa, especialmente en cuanto a la calidad de la historia clínica y la utilización de los RIPS, Registros Individuales de Prestación de Servicios.

## **2.- En el eje de eficiencia:**

2.1 Incremento de los ingresos, mediante el aumento de la utilización de la capacidad instalada y mejoramiento de la rotación de pacientes, con el pleno cumplimiento de las características del sistema obligatorio de garantía de calidad, en especial, de las Guías de Práctica Clínica, la contrareferencia oportuna y la priorización del manejo ambulatorio y la implementación de la gerencia del día a día en la coordinación asistencial-administrativa, a través de la formalización de espacios de diálogo entre los servicios y dependencias del Hospital, bajo la premisa de que los servicios de apoyo administrativo están orientados a posibilitar el mejor desempeño de los procesos misionales asistenciales.

2.2 Reingeniería del proceso de gestión comercial, a través de:

2.2.1 Mejoramiento de las condiciones de contratación con las Entidades Responsables del Pago de servicios y la capacitación a los usuarios sobre su derecho de libre escogencia, difundiendo entre la comunidad los estados de cartera de las distintas las Entidades Responsables del Pago.

2.2.2 Mejoramiento de los procesos relacionados con la facturación: admisiones, autorizaciones, cargue de servicios, oportunidad de la expedición de la factura, auditoría aleatoria previa y oportunidad en la radicación de las mismas.



2.2.3 Mejoramiento de los procesos relacionados con el cobro de cartera, fortaleciendo la utilización de las herramientas de información dispuestas por el Gobierno Nacional, tales como la Circular Conjunta 030 de 2013, el análisis de la información del cubo de cartera que publica el SISPRO y la preparación consecuente para la participación en las mesas de saneamiento de cartera, así como la depuración de los estados de cartera y la aplicación de las normas contables para castigar aquella que sea irrecuperable, y para documentar la gestión de cartera, aceptación de glosas o su rechazo.

2.2.4 Fortalecimiento de los procesos de cobro prejurídico y judicial. Los primeros para aquella cartera entre 180 y 360 días y los segundos para la cartera de más de 360 días.

2.2.5 Involucramiento de las autoridades nacionales, departamentales y municipales en el control persuasivo y correctivo a las EPS sobre el cumplimiento de la normatividad de contratación, autorizaciones, glosas y oportunidad en los pagos señalado en la Ley 1438 de 2011, aprovechando la oportunidad que dará el constituirse en experiencia piloto del MIAS en área de postconflicto.

2.3 Racionalización de los gastos, mediante la identificación de las oportunidades de ahorro en cada una de las áreas, sin menoscabo de las condiciones laborales o de calidad y oportunidad de materiales e insumos, pero buscando las mejores ofertas en el mercado, y utilizando las mejores prácticas para la adquisición de medicamentos, material médico quirúrgico, material para los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, equipos para la prestación de servicios y en general la totalidad de las compras, en especial las compras a través de cooperativas de hospitales, compras conjuntas y las compras electrónicas.

2.4 Optimización del talento humano, a través de la realización de análisis de carga laboral y la formulación del proyecto de formalización laboral, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1610 de 2013 y su Decreto Reglamentario 1376 de 2014, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

### **3. En el eje de accesibilidad:**

3.1 Desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud renovada, como eje del modelo de prestación de servicios, fortaleciendo las actividades extramurales, la identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, el trabajo integrado con



EPS, Alcaldías, la participación de la comunidad y otros actores gubernamentales (Alto Comisionado para la Paz, Alto Consejero para el Postconflicto, Derechos Humanos y Seguridad) y no gubernamentales (USAID, Cruz Roja Internacional ) y el ofrecimiento de vinculación a las rutas de atención definidas por el Ministerio de Salud en el Modelo de Atención Integral en Salud.

3.2 Supresión de colas y de trabas en el acceso a los servicios, mediante el cumplimiento estricto de las disposiciones de la Ley Estatutaria sobre prohibición de traslado a los usuarios o sus familias de trámites administrativos y burocráticos que deben ser de la responsabilidad del Hospital o de las EPS y la optimización del proceso de atención.

3.3 Fortalecimiento de los servicios de segundo nivel, que permitan garantizar a la población del Sur del Tolima el acceso oportuno a las atenciones especializadas las 24 horas y los 7 días de la semana.

3.2 Fortalecimiento del trabajo en red al interior de los servicios del Hospital y de los Centros y Puestos de Salud y con los hospitales anteriormente llamados de primer nivel de la microrred, conforme el documento presentado por el Gobierno Departamental y aprobado por el Ministerio de Salud y de manera especial con el Hospital Centro de Salud de Planadas, y la población de la Zona Veredal Transitoria de Normalización.

3.3 Como expresión del trabajo en red, desconcentración de la consulta médica especializada, a través de visitas programadas de los médicos especialistas a las unidades locales, en cumplimiento de la política departamental del médico a su casa.

3.4 El trabajo en red, también se expresará en la identificación de nuevos modelos de atención, mediante consulta por telemedicina, que evite la necesidad de desplazamiento de los pacientes y sus familias hasta el Hospital, la realización de “consultas sin paciente”, en las cuales los médicos de las unidades locales analicen la situación de sus pacientes con los especialistas, quienes darán las orientaciones pertinentes. Esta posibilidad de telesalud, también será implementada para el servicio de imágenes diagnósticas.

3.5 También será expresión del trabajo en red, la realización de jornadas de socialización con el talento humano de las unidades locales, en las cuales se comparta, preferiblemente de forma virtual, las rutas de atención definidas por el



Ministerio de Salud y las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia científica adoptadas por el Hospital, buscando garantizar la continuidad de la atención y la contrareferencia oportuna.



## **LINEA DE BASE**

### **AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA**

#### **INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS SIN AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR**

FORMULA: INDICADOR NOMINAL

ESTANDAR PARA CADA AÑO: Autoevaluación completa en la vigencia evaluada

Postulación para la acreditación formalizada con contrato

FUENTE DE INFORMACIÓN: Certificación de acreditación

Contrato de postulación

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato para autoevaluación del año anterior

No hubo acreditación en la vigencia anterior

No hubo postulación

#### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“El Hospital San Juan Bautista ESE viene trabajando en autoevaluación cualitativa y cuantitativa desde el mes de Julio año 2016 con capacitación en modelo conceptual del sistema único de acreditación en donde se conformaron los grupos de trabajo y se definió un plan de trabajo, pero no se armó un plan de trabajo documentado con compromisos a trabajar. En el acta número 12 del mes de agosto del 2016 se escribió que trabajaron estándares asistenciales número 2,3,4,5,6,27,35,36. En la oficina de calidad reposa un documento en donde se distribuyeron los estándares asistenciales de acreditación de acuerdo al perfil y labor que se desempeña en la institución. Se contó con el apoyo de una Asesora Externa. “Si bien algunos líderes de los subprocesos asistenciales trabajaron en la autoevaluación, en ningún momento lo contextualizaron y culminaron el documento, por tal motivo se asignó a la Profesional de la Oficina de Calidad el trabajo de agrupar, contextualizar, calificar cuantitativamente y priorizar los estándares asistenciales apresuradamente para dar cumplimiento a lo indicado, de esta forma la asesora en su momento dio indicaciones que dicha calificación cuantitativa



quedara en 1.4 ya que la institución había avanzado en el tema, en algunos procesos”.<sup>2</sup>

“De esta forma es necesario realizar una autoevaluación con cronograma de trabajo y asignar tiempo a los líderes para tal fin, con supervisión y generación de compromisos, a su vez, realizar capacitación a la junta directiva para el manejo de dicha información y contextualizarla en los avances institucionales”.<sup>3</sup>

En concepto de la Líder de la Oficina de Calidad, Dra. Helena Zapata, si se realizó la autoevaluación, previa capacitación de los equipos de trabajo, obteniendo como calificación global 1.19.<sup>4</sup>

La Dra. Zapata, suministra la calificación de cada uno de los Grupos de Estándares:

GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION 2016
ASISTENCIAL	
GRUPO DE ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	1.4
APOYO	
GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	1.25
GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA	1.10
GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1.30
GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1.30
GRUPO DE ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA	1,0
GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION	1.13
GRUPO DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1.12
CALIFICACION	1.19

<sup>2</sup> Correo electrónico Enfermera Yaderlys Mora. Profesional de la Oficina de Calidad.

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Correo electrónico Dra. Helena Zapata. Líder Oficina de Calidad.



“Se presentaron problemas en la realización de los estándares asistenciales, los 74 de la Resolución 123 del 2012, porque las personas que tenían adjudicados todos los estándares no entregaron a tiempo. Se finaliza la revisión de los estándares por la Oficina de Calidad por la Licenciada Yaderlis Mora y la Psicóloga Adriana Murillo termina la transcripción y el análisis y la entrega de los estándares para su respectiva revisión y la asesora Gloria Osorio termina su asesoría.”<sup>5</sup>

“Se hace necesario un acompañamiento para seguir la autoevaluación y el proceso siga porque en este momento el proceso se encuentra detenido y la finalidad es que el proceso continúe”.<sup>6</sup>

## **COMENTARIOS DE ESTA GERENCIA**

De las sesiones de trabajo y los comentarios reseñados anteriormente, se puede concluir que el Hospital inició el trabajo, conforme los lineamientos metodológicos del Ministerio de Salud, pero faltó consistencia en la dirección del mismo y en la idoneidad de la calificación cuantitativa y cualitativa, en la priorización de las oportunidades de mejora y se definió un cierre de autoevaluación en cabeza de una o dos profesionales, ante la falta de respuesta de los Equipos. No se puede considerar como línea de base esta autoevaluación. Aunque se debe reconocer que se inició el proceso, se opta por considerar que la tipología a aplicar es la de ESE no acreditada que no realizó autoevaluación en la vigencia anterior.

## **INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD**

**FORMULA:** Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual al 90%

---

<sup>5</sup> Ibidem

<sup>6</sup> Ibidem



**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Superintendencia Nacional de Salud.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 59% (Contemplando sólo planes de mejora derivadas de auditorías externas y autoevaluación)

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“En el desarrollo del PAMEC siempre ha habido una falencia principal: no se ha realizado contra estándares de acreditación y siempre nos hemos basado en la 2003 para cumplir las condiciones de habilitación en todas las auditorías internas. Por eso, no se tomaron para la calificación para cierre del PAMEC. “<sup>7</sup>

“Tenemos deficiencia de manejo de indicadores, cuadros de mando, análisis de las respectivas tendencias para direccionar la organización, garantizar el reporte adecuado y a tiempo. Se deben implementar herramientas como la caja negra”.

“Se realiza priorización contra el plan de desarrollo y se pueden tomar ítems como la calidad técnica, la humanización y la seguridad del paciente para una próxima semaforización de procesos del PAMEC”. <sup>8</sup>

Durante el año 2016 no se realizan las auditorías internas bajo los estándares de acreditación por eso al calcular la line base solo se tomaron en cuenta las auditorías externas y las oportunidades de mejora resultado de la autoevaluación de acreditación

“Se reporta a la 012 de la Superintendencia Nacional de Salud, 111 acciones ejecutadas sobre 159 acciones programadas para la vigencia”. <sup>9</sup>

### **COMENTARIOS DE ESTA GERENCIA**

Tal como lo expresa la Líder de la Oficina de Calidad, las auditorías internas se realizaron con base en los estándares de habilitación y no con los de acreditación. Resulta absolutamente comprensible que, ante los incumplimientos de algunos de los estándares de habilitación, se haya priorizado este enfoque. Sin embargo, con

---

<sup>7</sup> Ibidem

<sup>8</sup> Ibidem

<sup>9</sup> Ibidem



base en la normatividad, del Decreto 780 de 2016, los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad deben estar basados en los estándares de acreditación, o en el mejoramiento de las condiciones de seguridad del paciente o de los indicadores del sistema de información para la calidad.

Las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud<sup>10</sup>, establece que “Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).”

También se señala en la Lista de Chequeo para la Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud<sup>11</sup>, la ruta crítica que se debe seguir, previa definición explícita del alcance. Se debe iniciar con la Autoevaluación, que incluye resultados de auditorías internas, externas, análisis de la gestión de los Comités Institucionales, análisis de los indicadores reglamentarios, análisis de la escucha de la voz del cliente. El segundo paso de la ruta crítica es la selección de los procesos a mejorar, el tercero la priorización de procesos, el cuarto la definición de la calidad esperada, el quinto el resultado de las auditorías, el sexto es la formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, el séptimo, la implementación de planes de mejoramiento, el octavo, la evaluación de la ejecución de los planes de mejora, y el noveno el aprendizaje organizacional.

En conclusión, de una parte no se ha dado pleno cumplimiento a la ruta contemplada, y de otra, el resultado de la evaluación, con base en las desviaciones

---

<sup>10</sup> Ministerio de la Protección Social. “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”. Bogotá, 2007. En <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

<sup>11</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Lista De Chequeo para la Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Bogotá, 2014. En <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/LISTA%20DE%20CHEQUEO%20PARA%20IMPLEMENTAR%20Y%20EVALUAR%20EL%20PAMEC.pdf>



encontradas en las auditorías externas y en los resultados del trabajo de autoevaluación, sólo alcanzan un 59%, que dista del estándar definido por la norma.

### **INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.**

FORMULA: Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.

ESTANDAR PARA CADA AÑO: Mayor o igual al 90%

FUENTE DE INFORMACIÓN: Informe del 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 la evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador..

### **RESULTADO DEL INDICADOR:**

Sin dato

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“Con el propósito de identificar las herramientas de planeación, su grado de desarrollo y aplicación en la ESE Hospital San Juan Bautista de Chaparral, se pudo evidenciar que en la vigencia 2016 se formuló el documento “Plan de Desarrollo Acción y Productividad vigencia 2016 – 2019” proyectado por el área de planeación, revisado por el área administrativa y financiera y aprobado mediante resolución 455 de 01 de junio de 2016 por la Gerencia de la ESE, en el cual se retoma el último direccionamiento estratégico aprobado, se mencionan aspectos demográficos y socioeconómicos de la región, se reflejan las características de morbilidad, mortalidad, producción de servicios, indicadores de calidad y ejecución presupuestal con corte a 31 de diciembre de 2015.



Con la información mencionada, la institución plantea un plan de producción, un plan financiero y unos proyectos estratégicos asociados a un eje programático y metas para cuatro años teniendo en cuenta el plan de desarrollo del Gobierno Departamental “Soluciones que Transforman”.

Analizando la información encontrada se puede concluir que, si bien el documento integra algunos elementos de la planeación estratégica, no se evidencia la formulación de un análisis estratégico ni la metodología utilizada, así mismo se percibe que la plataforma estratégica no fue actualizada ni proyectada al futuro de la organización; el documento describe ejes programáticos, metas y descripción de la estrategia, pero no es claro y preciso en los mecanismos de priorización, como tampoco se establecen indicadores de cumplimiento y periodos de evaluación.

Así las cosas, se hace necesario realizar los ajustes pertinentes al documento para el período que inicia y poner a consideración de la Junta Directiva su aprobación toda vez que no se evidencia el Acuerdo por el cual de aprueba el plan de desarrollo”<sup>12</sup>

## **COMENTARIOS DE ESTA GERENCIA**

Conforme lo expresado por el Asesor de Planeación, se cuenta con un trabajo interesante de programación de actividades que posibilita la planeación de los ingresos por venta de servicios. El cálculo se base con base en crecimientos históricos, más que en la operacionalización de las metas, ya que ellas no están definidas conforme la metodología que la Ley señala, ni expresan el direccionamiento estratégico que la Junta Directiva hubiera definido. Es pertinente señalar que el Plan de Desarrollo del Hospital, debe ser aprobado por la Junta Directiva, tal como lo ordena expresamente el artículo 11, numeral 2 del Decreto 1876 de 1994.<sup>13</sup> En el Hospital se hizo por Resolución de la Gerente (E). Es necesario concluir que no hay Plan de Desarrollo, ni POA, pues también él, debe ser aprobado por la Junta Directiva, tal como lo ordena el numeral 4 de la misma norma citada.

---

<sup>12</sup> Correo electrónico Asesor de Planeación.

<sup>13</sup> Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Decreto 1876 de 1994. En <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3356>



Y desde el punto de vista metodológico, se detectan las oportunidades de mejora en el ejercicio de planeación señaladas en el comentario transcrito antes. Se concluye que no hay dato conforme los requerimientos normativos expuestos, pero se debe valorar positivamente el avance logrado, que servirá de base para que, introduciendo las mejoras que se exponen en la siguiente parte de este Plan de Gestión, se pueda obtener un proyecto participativo que sea sometido a la consideración y aprobación de la Junta Directiva. Este Plan será la base de la construcción de los Planes Operativos Anuales.

Extractando, del documento, se pueden concretar las siguientes metas del POA, las cuales en verdad parecen más objetivos o propósitos que metas cuantificables:

#### **A. SOLUCIONES QUE TRANSFORMAN LA SALUD**

1. Mantener la certificación como Institución Amiga de la madre y la infancia IAMI
2. Implementar el 100% la estrategia de Maternidad Segura y garantizar la atención integral de las gestantes de bajo y alto riesgo inscritas al Programa de Control Prenatal
3. Fortalecer los Programas de Protección Específica y Detección temprana con el despliegue de sus actividades con la Población Víctima de Conflicto Armado (PVCA) y Discapacidad
4. Implementar Acciones de Salud Pública competentes en la prestación de servicios de la ESE (Se refiere es a crónicas y a adulto mayor)
5. Implementar el Plan de Gestión del Riesgo de la ESE Hospital San Juan Bautista (Se refiere es al Plan Hospitalario de Emergencias)

#### **B. SOLUCIONES QUE GERENCIAN LA SALUD**

1. Fortalecer el Sistema Único de habitación en la ESE Hospital de San Juan Bautista
2. Fortalecer o implementar el Sistema de Acreditación en la ESE Hospital de San Juan Bautista
3. Implementar el PAMEC en la ESE Hospital de San Juan Bautista
4. Garantizar el seguimiento de los procesos mediante la auditoria de control interno



5. Identificar y fortalecer los servicios rentables de la ESE Hospital San Juan Bautista
6. Implementar una estrategia de gestión del Talento Humano de la ESE Hospital San Juan Bautista
7. Efectuar cobros pre jurídicos a las EPS que le tengan al Hospital una cartera superior a 365 días
8. Promover el aumento en el porcentaje de nivel de recaudo por venta de servicios
9. Planificación y gestión de recursos para el mejoramiento de las condiciones del ambiente físico
10. Mejoramiento y embellecimiento de espacios físicos

### **C. SOLUCIONES QUE VINCULAN**

1. Promover los mecanismos de participación Social en salud

Como se ve, ellas no despliegan los objetivos del Plan de Desarrollo del Hospital, sino que se basan en los ejes del Plan de Gobierno Departamental. No tuvieron evaluación cuantitativa, por lo que se deberá concluir que para la línea de base se asuma sin dato.

### **AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

#### **INDICADOR 4: RISCO FISCAL Y FINANCIERO.**

**FORMULA:** Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** 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.

#### **RESULTADO DEL INDICADOR:**

Sin Riesgo.

De conformidad con la Resolución 2184 de 2016 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, el Hospital no se encuentra en riesgo fiscal y financiero. Esta calificación se realizó mediante la aplicación de la metodología señalada en la



Resolución 2509 de 2012, modificada por la Resolución 2090 de 2014, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Debe valorarse muy positivamente esta calificación, lo que demuestra un comportamiento juicioso en la gestión financiera.

### **INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

FORMULA:  $(\text{Gasto de funcionamiento y Operación Comercial y prestación de servicios comprometido en el la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}) / (\text{Gasto de funcionamiento y Operación Comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior})$

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Menor o igual a 0,9

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 1,31

	2015	2016	indicador
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador	8.185,59	10.704,01	1,31



5 Resolución 710 de 2012)			
------------------------------	--	--	--

## COMENTARIO DE LOS RESPONSABLES

“Los datos anteriores están siendo objeto de verificación y certificación, toda vez que se encuentra en proceso el envío al Ministerio de Salud de la información anual del 2016, sin embargo es importante mencionar que pese a que la producción se incrementó en un 7%, los gastos de funcionamiento crecieron en un 20% toda vez que en la información reportada en 2193 dentro de los gastos generales y de operación se incluyeron las cuentas por pagar de vigencias anteriores lo que altera el real gasto de la vigencia 2016.

Adicionalmente dentro de los gastos de operación se generaron gastos por valor 1.815 millones correspondientes a nuevos convenios suscritos con el departamento y municipio los cuales no se vieron reflejados proporcionalmente en la producción ya que se trató de actividades de saneamiento y salud pública.

Como acción de mejoramiento de debe garantizar que para la vigencia 2017 se registren por separado en el 2193 las cuentas por pagar de vigencias anteriores para no alterar la fuente de información del indicador y se pueda dar cumplimiento al indicador con una variación inferior al 0,90”<sup>14</sup>

## COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL

El deterioro de la rotación de cartera en el Sistema General de Seguridad Social en Salud es un hecho notorio a nivel nacional. El Hospital ha hecho importantes esfuerzos, pero se evidencia el recaudo insuficiente de los valores facturados. Si bien, en la metodología del Ministerio dentro de los gastos se incluyen las cuentas por pagar de vigencias anteriores, también debe señalarse que en los ingresos se incluyen los recaudos de cartera de vigencias anteriores, más unos % variables de la proyección de recaudo, según la antigüedad de la misma.<sup>15</sup> Tiene razón la Profesional del Área Administrativa y Financiera, en que las actividades del PIC no se reflejan en el cálculo de las UVR, pero desde luego implican la erogación de unos

<sup>14</sup> Sol Marina Collazos. Profesional Universitaria Área Administrativa y Financiera. Correo electrónico

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2509 de 2012, Artículo 5. En

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2509-de-2012.PDF>



gastos, que se financian con los ingresos derivados de los convenios con el Municipio y el Departamento.

La producción creció sólo 7% con relación al año anterior, aunque el gasto creció en 20%. El resultado de la línea de base es 1.31, siendo el estándar deseado 0,90 o menos. Es necesario realizar esfuerzos en el incremento del recaudo, en aquellos aspectos que son de competencia del Hospital y hacer notar a las autoridades territoriales y nacionales la necesidad de incluir ajustes que obliguen al pago oportuno de las facturas producidas por venta de servicios.

**INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: 1: COMPRAS CONJUNTAS; 2: COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y 3: COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.**

**FORMULA:** Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: 1: compras conjuntas; 2: compras a través de Cooperativas de ESEs; 3: compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,70

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada, discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), c); 2. Valor de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de



medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la formula del indicador

#### **RESULTADO DEL INDICADOR: 0.05**

#### **COMENTARIO DE LOS RESPONSABLES**

“Para la vigencia 2015 Y 2016 el comportamiento del indicador corresponde a 26%, y 5.75% respectivamente. Es de anotar que la meta establecida en este criterio, difícilmente es alcanzable, ya que el volumen, diversidad, criterios de calidad y precios de medicamentos y material médico quirúrgico utilizado por la E.S.E no permite un manejo estandarizado el cual pueda ser manejado en su totalidad por el mecanismo sugerido en este ítem y lo más relevante es que por la deficiencia del efectivo es imposible cancelar oportunamente y eso hace que la empresa adquiera los medicamentos y material médico quirúrgico donde le den crédito”.<sup>16</sup>

Los datos de las dos vigencias anteriores fueron:

<b>INDICADOR 6</b>	<b>2015</b>	
<b>CONCEPTOS</b>	<b>COMPRAS A COOPERATIVA</b>	<b>TOTAL DE COMPRAS</b>
COMPRAS MEDICAMENTOS Y MQ COOPERATIVAS	468.829.984	1.803.237.288
<b>TOTALES</b>	<b>468.829.984</b>	<b>1.803.237.288</b>
<b>PROPORCION</b>	<b>26%</b>	

<b>INDICADOR 6</b>	<b>2016</b>	
<b>CONCEPTOS</b>	<b>COMPRAS A COOPERATIVA</b>	<b>TOTAL DE COMPRAS</b>
COMPRAS MEDICAMENTOS Y MQ COOPERATIVAS	104.930.769	1.825.424.933

<sup>16</sup> Sol Marina Collazos. Profesional Universitaria Área Administrativa y Financiera. Correo electrónico



<b>TOTALES</b>	<b>104.930.769</b>	<b>1.825.424.933</b>
<b>PROPORCION</b>		<b>5,75%</b>

## COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL

Uno de los pilares en que sustentará la gestión, será el de la eficiencia. Por ello se requiere dar la mejor utilización a los recursos del Hospital y dentro de los principios que se seguirán está el de la transparencia.

Es absolutamente cierto que, ante el deterioro de la liquidez de la red pública hospitalaria, y también de la privada, se trasladan moras a los proveedores y al talento humano. A pesar de lo anterior, es posible intentar la utilización de los mecanismos citados en la Resolución 743 de 2013 para definir los precios y obtener economías de escala.

Se dista mucho, en el resultado del indicador, del estándar propuesto que es igual o mayor al 70%. Resulta evidente el deterioro del indicador del año 2015 al 2016, posiblemente derivado del cierre de despachos de la Cooperativa de Hospitales del Tolima al Hospital San Juan Bautista, por problemas de mora en el pago.

## INDICADOR 7: 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.

**FORMULA:** 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 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)



**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** 0 ó variación negativa

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el contador que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la formula del indicador y el cálculo del indicador..

**RESULTADO DEL INDICADOR:** DEUDA MAYOR A 30 DÍAS CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2016: \$ 1.227.009.987

**COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“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 E.S.E, tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la interventora o supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley. Para las vigencias 2015 y 2016 y debido a la situación financiera del sistema de salud a nivel nacional sobre el recaudo efectivo se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas una variación POSITIVA de las deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, teniendo un cumplimiento IRREGULAR en los resultados de este indicador .”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ibidem



## **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL**

La dificultad en la recuperación de cartera explica el deterioro del indicador en la mayoría de los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados. Sobre los hombros del talento humano y de los proveedores se está apalancando el sistema. Para esta Gerencia se insistirá en la prioridad de pagos al talento humano y en las medidas comentadas en otra parte de este documento, respecto del plan de mejora en la recuperación de cartera, pero el resultado se verá muy influido por las medidas que adopte el Gobierno para garantizar el cumplimiento de los términos legales definidos en la Ley 1438 de 2011 para el pago de las facturas por parte de las entidades responsables del pago.

## **INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES**

**FÓRMULA:** Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de servicios.

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** 4

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de junta directiva, que como mínimo contenga: Fecha 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.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 0

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“La ESE Hospital San Juan Bautista como institución prestadora de servicios de salud de primero y segundo nivel de atención genera trimestralmente información relacionada con la caracterización de su población objeto de acuerdo a las diferentes formas de contratación, así mismo dentro de los indicadores de calidad y



como requisito de informar a cada una de las EPS, se genera el perfil epidemiológico por servicios.

Esta información es extractada del software HOSVITAL en el cual se captura la información de prestación de servicios a través de los módulos de facturación e historias clínicas, posteriormente es reportada a las EPS, órganos de inspección vigilancia y control, y monitoreada trimestralmente al momento de la validación de la información del 2193.

Dentro del orden del día de las reuniones ordinarias de Junta Directiva en el período de encargo de la gerencia, no se evidencia un punto en particular en el cual se presente y analice un informe de RIPS, sin embargo, dentro de la temática de cada una de las reuniones se presentan informes del comportamiento de la ESE desde el punto de vista administrativo y de prestación de servicios como se evidencia en los soportes de cada uno de los puntos presentados a consideración.

Teniendo en cuenta lo anterior para el cumplimiento de este indicador se debe diseñar un mecanismo de consolidación preparación y análisis de RIPS para posterior presentación de la Gerencia a la Junta Directiva de la ESE”.<sup>18</sup>

### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL:**

Los RIPS son una fuente importantísima de la información epidemiológica y administrativa en la gestión del Sistema de Seguridad Social en Salud. Se conoció que el Hospital presenta los informes de gestión a la Junta Directiva, con base en los reportes que arroja el software, habiendo considerado que ello era suficiente. Ya que desde antes de la expedición de la Resolución 710 de 2012, no existía Gerente en propiedad del Hospital, nunca se tuvo el requerimiento para que se implementara este informe.

En las reuniones de trabajo sostenidas con los funcionarios responsables de la generación y el procesamiento de la información, se evidenciaron muchas oportunidades de mejora en el tema de RIPS. Se presentan glosas por no registro adecuado de las actividades de Promoción y Prevención, (cerca de mil millones de pesos), con lo cual, las dificultades estructurales del sistema comentadas en cuanto al flujo de recursos, se agravan con debilidades internas que perfectamente se

---

<sup>18</sup> Luis Augusto Hurtado Carvajal, Asesor de Planeación, Hospital San Juan Bautista ESE. Correo electrónico



pueden subsanar. El personal asistencial no conoce del tema, y por ello no puede ser actor participante. Hay pobre calidad en el registro de la causa externa, de la finalidad y de los diagnósticos. Esto afecta la confiabilidad de los datos. No se usan los RIPS para caracterizar a la población atendida, no sólo por EPS, sino por variables demográficas que pudieran ayudar a planear de una mejor forma la prestación de servicios. No existe un proceso de análisis y discusión y los RIPS simplemente se generan para anexar a las facturas.

Todo lo anterior, no implica que se carezca totalmente de información. Tal como lo expresa el Asesor de Planeación, el Hospital cuenta con los reportes que arroja el software, pero ellos no están basados en los RIPS, que se constituyen en la información que recibe el Ministerio de Salud. La situación se hará más evidente, ahora que con la entrada en vigencia de la Resolución 256 de 2016, muchos de los indicadores de monitoreo de la calidad, serán generados directamente por el Ministerio de Salud, con base en la información que allí reposa de los RIPS.

## **INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

**FÓRMULA:** Valor de la ejecución de los ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de Gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido CxP de vigencias anteriores).

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 1

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 0,69<sup>19</sup>

<b>CONCEPTOS</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
RECAUDOS	16.576.865.894	19.287.768.825
COMPROMISOS	24.884.811.962	27.844.416.990
LINEA BASE	0.67	0.69

<sup>19</sup> Sol Marina Collazos. Profesional Universitaria Área Administrativa y Financiera. Correo electrónico



## COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES

“La empresa realizó diversas estrategias en el manejo de la empresa enfocadas a la eficiencia de los resultados institucionales, contención de costos, optimización de la información de producción, descuentos por pronto pago, aunado a los esfuerzos en la gestión de la cartera con las diferentes EPS; aspectos que parece que no favorecieron los resultados de eficacia institucional permitiéndonos terminar la vigencia con un indicador sin equilibrio presupuestal de 0.67, Y 0.69, dando cumplimiento al indicador de manera INSATISFATORIA.”<sup>20</sup>

## COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL

Nuevamente se evidencia en este indicador la crisis financiera del sistema, pero también, la necesidad de ajustar en el tema de gastos, pues tal como lo presenta la información remitida por la Profesional del Área Administrativa y Financiera, el recaudo durante el año 2016 fue mejor que el del año 2015, en más del 16%, pero los compromisos también crecieron en un 11,89%. Se deben fortalecer las estrategias de incremento de recaudo (por mayores ventas y por mejores procesos comerciales), pero también se debe revisar la austeridad en el gasto.

**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.**

**FÓRMULA:** Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** Cumplimiento dentro de los términos previstos

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Superintendencia Nacional de Salud.

---

<sup>20</sup> Ibidem



**RESULTADOS DEL INDICADOR:** Se cumple con el envío oportuno de la información de la Circular única a la SUPERSALUD.

**INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

**FÓRMULA:** Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.

**ESTANDAR PARA CADA AÑO:** Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Ministerio de Salud y de la Protección Social

**RESULTADOS DEL INDICADOR:** Se cumple con el envío oportuno de la información de SIHO, tal como lo evidencia la página web del SIHO.

**AREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

**INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA GESTANTE**

**FÓRMULA:** Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación/ Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragias de III trimestre o trastornos hipertensivos, en la vigencia objeto de evaluación.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,80

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE 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

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“En el proceso de identificar las oportunidades de mejoramiento para optimizar el desarrollo institucional, se pudo evidenciar que los indicadores de gestión clínica o asistencial carece de una estructura sistemática de planeación en el proceso de atención y además no cuenta con una aplicación estructuradas de las GPC y medición de adherencia de la misma.

De esta forma es necesario fortalecer el mecanismo de auditoria de historia clínica con una metodología de muestra representativa.

Siendo así las cosas a continuación se describe brevemente las deficiencias que tenemos con cada uno de los indicadores:

#### **12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.**

Desconocimiento y falta de adherencia de la información institucional con respecto al evento médico y falta de un seguimiento documentado y sistemático que permita un adecuado manejo de dicha patología.

No aplicación de la guía de práctica clínica y una adecuada clasificación de la patología médica”<sup>21</sup>.

### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL**

La inclusión de este indicador en los planes de Gestión de los Gerentes de las ESE, obedece a buscar una mejora en uno de los elementos más sensibles de la calidad de la atención médica, como es la mortalidad materna. Es además una prioridad del Plan Decenal de Salud Pública.

---

<sup>21</sup> Martha Avila. Coordinador Médico. Correo electrónico



“La razón de mortalidad materna se redujo en un 27% entre 1998 y 2010, pasando de 91,4 muertes a 71,6 por cada 100.000 nacidos vivos (Anexo 4 figura 12). El perfil actual de causas de mortalidad materna muestra que 40% se deben a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, el 21% a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio y el 17% a complicaciones del trabajo de parto y del parto. La mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian con deficiencias en el acceso a servicios de salud de calidad (INS, 2010), dado que más del 95% de los partos son institucionales y el 92% de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional médico (ENDS, 2010). Entre las que tienen parto en casa o en otro sitio, predominan las mujeres con menor nivel educativo o sin educación formal, en las áreas rurales (ENDS 2005, 2010) (Anexo 4 figura 13). De hecho, el 70% de las muertes maternas se presentan los estratos socioeconómicos más bajos, entre las mujeres menos educadas”.<sup>22</sup>

Mediante la Coordinación Médica se sostuvo reunión de trabajo con los profesionales responsables de la generación del indicador, encabezados por el Ginecólogo, Dr. Carlos Eduardo Cabrejo y con participación de las Médicas Generales del Servicio, las Enfermeras Jefes del servicio de Ginec Obstetricia y de Sala de Partos y desde luego, la propia Coordinadora Médica. La conclusión es que si se han adoptado las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, que si ha habido actividades de socialización sobre Código Rojo, pero no se han realizado ejercicios de auditoría de historias clínicas. Lo que se hace es revisión de las fichas técnicas de notificación obligatoria de código rojo y trastornos hipertensivos de la gestación. Se han presentado casos de mortalidad materna y de mortalidad perinatal.

Llama la atención que, en la información reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, se tiene un indicador de 9 historias auditadas con cumplimiento de la GPC de un total de 10 historias auditadas, para un resultado de 90%. Como se reconoció en la reunión a que se hace referencia en el párrafo anterior, no se hace auditoría de historias clínicas.

Por tanto, se debe concluir que no hay dato para la línea de base de este indicador.

---

<sup>22</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Pag 60.



### **INDICADOR 13: EVALUACIÓN APLICACIÓN DE LA GIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA**

**FÓRMULA:** Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con 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 de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida durante en la vigencia objeto de evaluación.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,80

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la formula del indicador.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato.

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES**

“En el proceso de identificar las oportunidades de mejoramiento para optimizar el desarrollo institucional, se pudo evidenciar que los indicadores de gestión clínica o asistencial carece de una estructura sistemática de planeación en el proceso de atención y además no cuenta con una aplicación estructuradas de las GPC y medición de adherencia de la misma.

De esta forma es necesario fortalecer el mecanismo de auditoria de historia clínica con una metodología de muestra representativa.

Siendo así las cosas a continuación se describe brevemente las deficiencias que tenemos con cada uno de los indicadores:

**13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.**



No hay aplicación del plan de manejo de acuerdo a la GUIA DE PRACTICA CLINICA, teniendo en cuenta la morbilidad institucional.”<sup>23</sup>

### COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL:

Con las deficiencias que se pueden derivar de la falta de análisis y retroalimentación de los RIPS, ya comentados, al analizar el archivo AH para el consolidado del año 2016, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto al diagnóstico principal de egreso:

Etiquetas de fila		Cuenta de DX PPL EGRESO		
Total general		5080		
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	424	8,3%	8,3%
O800	Parto unico espontaneo, presentacion cefalica de vertice	284	5,6%	13,9%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	179	3,5%	17,5%
R509	Fiebre, no especificada	176	3,5%	20,9%
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	166	3,3%	24,2%
Z358	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	153	3,0%	27,2%
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	117	2,3%	29,5%
R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	110	2,2%	31,7%
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	83	1,6%	33,3%

De la anterior información, se concluye que, de los 5080 egresos, dentro del 33% de egresos, 861 casos fueron relacionados con atención del parto. Adicionalmente deben considerarse 200 casos más entre cesáreas y supervisiones de parto normal, que no están dentro de las causas que representan el 33% de egresos.

En reunión con el Auditor Médico, se comentó que el Hospital había decidido trabajar como primera causa de egreso la infección de vías urinarias, al considerar que la atención del parto, no era una patología. Pero también se reconoció que no se hacía auditoría de historias clínicas.

Es necesario concluir que no existe dato para estimar la línea de base.

<sup>23</sup> Ibidem

<sup>24</sup> Elaboración propia con base en el consolidado de RIPS año 2016 suministrado por la Oficina de Estadística del Hospital.



Llama la atención que en la información reportada a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de la Circular 09 de 2016, se presenta como numerador de este indicador 163 historias auditadas con cumplimiento de la GPC y como denominador 184, para un resultado de 0,89<sup>25</sup>. De acuerdo con lo comentado, no se entiende de donde se derivan los datos reportados.

#### **INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA**

**FÓRMULA:** Número de pacientes con dx de apendicitis al egreso a quienes se realizó apendicectomía dentro de las 6 horas de confirmado el dx en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con dx de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,90

**FUENTE DE LA 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 realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la formula del indicador..

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato. No se ha recibido informe oficial de la Coordinación Médica, pero por indicación suya, la Oficina de Estadística remitió información en la que se afirma que se realizaron 32 apendicectomías dentro de las seis horas siguientes a la confirmación del diagnóstico de un total de 223 pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, para un valor de 0,14<sup>26</sup>.

Paradójicamente también se remitió la información de los indicadores de la Circular 09 de 2016, remitida a la Superintendencia Nacional de Salud, en la que se informa como numerador 213 y como denominador 250, para un valor de 0,85.

#### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“En el proceso de identificar las oportunidades de mejoramiento para optimizar el desarrollo institucional, se pudo evidenciar que los indicadores de gestión clínica o asistencial carece de una estructura sistemática de planeación en el proceso de

<sup>25</sup> Oficina de Estadística Hospital Regional San Juan Bautista, ESE. Correo electrónico.

<sup>26</sup> Ibidem



atención y además no cuenta con una aplicación estructuradas de las GPC y medición de adherencia de la misma.

De esta forma es necesario fortalecer el mecanismo de auditoria de historia clínica con una metodología de muestra representativa.

Siendo así las cosas a continuación se describe brevemente las deficiencias que tenemos con cada uno de los indicadores:

#### **14. Oportunidad en la realización de apendicetomía.**

Se cumple". <sup>27</sup>

#### **COMENTARIO DE LA GERENCIA ACTUAL**

Se realizó reunión de trabajo con la participación de la Coordinadora Asistencial, la Jefe de Salas de Cirugía, quien es la responsable de la generación de la información para Circular 09 de 2016. Se concluye que el indicador se construye con base en la comparación de la hora de realización de la apendicetomía, de acuerdo con el registro del libro de salas y la hora en que se solicita sala por parte del cirujano. Esta metodología es la que se reporta con un valor de 0,85.

Sin embargo, la información reportada con base en el sistema de información del Hospital, con detalle paciente por paciente, con 223 pacientes y la hora de diagnóstico y la hora de cirugía arroja que sólo 32 casos se operaron dentro de las seis horas siguientes de confirmado el diagnóstico. <sup>28</sup>

Dada la diferencia entre los datos de una y otra fuente, se evidencia la ausencia de una metodología única acorde a las especificaciones de la normatividad y se adolece de un espacio de análisis y retroalimentación, dando énfasis sólo a la generación del dato, para dar cumplimiento a un requerimiento, y no como una medida que aporte al mejoramiento de la calidad de la atención. Ante la

---

<sup>27</sup> Martha Ávila. Coordinador Médico. Correo electrónico

<sup>28</sup> Oficina de Estadística Hospital Regional San Juan Bautista, ESE. Correo electrónico



inconsistencia de los datos, debe considerarse que no existe dato confiable para la línea de base.

**INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍA BRONCOASPIRATIVA DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.**

**FÓRMULA:** \* Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación..

Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia anterior

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** 0 ó variación negativa

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Informe del referente o equipo institucional para la gestión de seguridad del paciente que como mínimo contenga: aplicación de la formula del indicador

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 0

Todos los involucrados expresaron que no se han presentado casos ni en el 2015, ni en el 2016 de neumonías broncoaspirativas pediátricas de origen intrahospitalario. Es necesario, que a pesar del resultado, se garantice que en los procesos asistenciales, se tienen medidas específicas de prevención de este riesgo, puesto que como lo expresa el informe de la Coordinadora Asistencial, “El hospital San Juan Bautista en la actualidad cuenta con medidas de barrera para minimizar el evento, falta por crear un documento estructurado para tal fin”<sup>29</sup>.



## **INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**

**FÓRMULA:** Número de pacientes con Dx de egreso de IAM a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo de infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del dx en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con Dx de egreso de IAM en la vigencia objeto de evaluación.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,90

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía y la aplicación de la fórmula del indicador.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato

En la Información reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento a la Circular 09 de 2016, se registra en el numerador 25 casos y en el denominador 28 pacientes, lo que arrojaría un valor de 0,89<sup>30</sup>

### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“COMO SE ESTABA REALIZANDO:

Proceso que se ha realizado sin tener una previa asesoría

Se hace una recolección de datos al terminar cada mes

No se puede realizar una búsqueda en el sistema HOSVITAL de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, se encuentra la dificultad que este tipo de diagnóstico lo han relacionado con otro diagnóstico diferente como es el de dolor torácico u otros. Por esta razón se crea la dificultad de no tener un dato específico.

Por esta causa tomo la decisión de ser más práctico y al saber que a todo paciente con infarto agudo de miocardio se le han tomado previamente muestra de laboratorio y una de la principal que tenemos disponible en la institución para considerar infarto miocardio es la troponina cualitativa positiva.

---

<sup>30</sup> Oficina de Estadística. Hospital San Juan Bautista, ESE. Indicadores Circular 09 de 2016. Correo electrónico



En el servicio de laboratorio evidencio que uno de los registros que llevan son manuales, realizo búsqueda activa revisando las carpetas donde están los nombres y la fecha de los pacientes que se le ha reportado con troponinas positivas durante ese mes y con este dato logro tener el denominador del indicador. Hay un promedio de tres pacientes mensuales con estas características.

Presento datos de los dos meses anteriores sacados por medio de registro manual del laboratorio:

Mes de diciembre 2016:

Ana Ofelia Garzón

Luis Miranda

Mes de enero 2017:

Fabio Barrera B

Mercedes Pérez

Julio C Cárdenas

Realizo revisión en la historia clínica de estos pacientes verificando diagnóstico y así lograr tener la cifra del denominador para el indicador solicitado.

Al despejar el numerador del indicador que es: Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, consideré que el tratamiento o terapia específica es iniciar la trombolisis si está indicado y remitir al paciente inmediatamente sea posible a una institución de mayor complejidad o a UCI. Al tener en cuenta esta situación se evidencia que el 100% de los pacientes con dx de I.A.M se ha tomado esta conducta dando como numerador la misma cantidad de pacientes diagnosticados con infarto agudo miocardio, y como resultado del indicador sería 1.

Posterior a la asesoría, se concluye que:

\* se debe replantear de cómo se estaba realizando este indicador

\* Tener en cuenta que como terapia específica para el infarto agudo de miocardio en nuestra institución es la realización de trombolisis con estreptoquinasa



- \* Hay debilidades en la utilización de recolección de datos por medio de sistema Hosvital y registro manuales
- \* Concientizar al personal médico de el buen diligenciamiento en la historia clínica en el momento de registro del diagnóstico del paciente para poder tener una fuente de información más específica en el sistema Hosvital.
- \* La necesidad de fortalecer la capacitación sobre guías de atención al paciente con infarto agudo de miocardio logrando tener una cobertura a todo el personal involucrado en la asistencia de este tipo de paciente
- \* Realizar continuo registro de los pacientes que se están diagnosticando con IAM en un trabajo conjunto con especialistas y demás personal asistencial
- \* Crear una base de datos donde especifique información básica del paciente con dx IAM y respectivo seguimiento”<sup>31</sup>

#### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL:**

Se realizó sesión de trabajo con los profesionales involucrados, contando con la convocatoria realizada por la Coordinadora Médica. Participaron, además de la Jefe Martha, el Dr. Carlos Andrés Aguirre, Médico Especialista en Medicina Interna y el Lic. Juan Carlos Cárdenas, quien se desempeña como Enfermero del servicio de Urgencias.

El Enfermero comentó que lleva seis meses midiendo el indicador, pero que lo hacía con base en el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica y no en el manejo específico, que para el portafolio de nuestro hospital, hace referencia a la fibrinólisis, en aquellos casos con elevación de ST.

Se explica la intencionalidad del estándar, que tiene que ver con la aplicación de la “hora dorada” como elemento para reducir la mortalidad en los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Juan Carlos Cárdenas. Enfermero Primero piso. Responsable de la generación del indicador. Correo electrónico

<sup>32</sup> El beneficio del fibrinolítico se reduce sustancialmente si se retrasa su administración. Si el fibrinolítico se administra en la primera hora (la hora de oro), se consigue salvar 65 vidas/1.000 pacientes tratados, casi el doble que si se aplica en la segunda hora (37 vidas/1.000 pacientes tratados). En pacientes que son vistos en las primeras 2 h desde el inicio de los síntomas, se consiguen excelentes resultados con la fibrinólisis, equivalentes, si no superiores, a los del ICP primario. En el estudio PRAGUE-2, la mortalidad a los 30 días en pacientes tratados en las primeras 3 h con estreptoquinasa fue similar a la de los pacientes tratados con ICP



En la información reportada a la Superintendencia, el indicador arrojaría un valor de 0,89, pero se reconoció que la metodología de construcción del indicador no se ajusta a la definición normativa y a la necesidad de excluir aquellos casos sin elevación del ST, o cuando el ingreso a urgencias sea después de las 12 horas de inicio de los síntomas, en los cuales no se encuentra indicado el uso de la estreptoquinasa.

Consultado el archivo AM de los RIPS, se encuentran 7 registros en los cuales se utilizó estreptoquinasa<sup>33</sup>. Se debe concluir que no existe línea de base para el indicador, de conformidad con los argumentos comentados.

#### **INDICADOR 17: ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

**FÓRMULA:** Número de muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/ Total de muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Mayor o igual a 0,90

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Informe del referente o equipo institucional para la gestión de seguridad del paciente 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.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** Sin dato.

En la información reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de la Circular 09 de 2016, se señala como numerador 30 y el mismo valor como denominador, para un valor del indicador de 1.

#### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

---

primario. Estrategias de reperfusión en el infarto agudo. Madrid, 2008. En <http://www.revespcardiol.org/es/estrategias-reperfusion-el-infarto-agudo/articulo/13114950/>.

<sup>33</sup> Construcción propia, con base en los archivos consolidados de RIPS del año 2016 suministrado por la Oficina de Estadística.



“Se analizan solo las muertes ocasionadas por patologías de eventos de salud pública. No se cuenta con un mecanismo documentado de análisis de la mortalidad hospitalaria”.<sup>34</sup>

### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL.**

Si sólo se analizan las muertes por patologías de interés en salud pública, no se comprende de donde salen los datos que se reportan a la Superintendencia Nacional de Salud.

El análisis de mortalidad hospitalaria mayor de 48 horas, busca identificar muertes evitables, para formular los correspondientes planes de mejora y evitar su reincidencia. Se debe contar con una metodología estandarizada para dicho análisis, tal como la de los 4 retrasos, que se usa para el análisis de mortalidad materna.

Se debe concluir que no hay dato para la definición de la línea de base.

### **INDICADOR 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA**

**FÓRMULA:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la cual se le asigno 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.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Menor o igual a 5

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud Y Protección Social.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 10,90<sup>35</sup>

### **COMENTARIO DE LOS RESPONSABLES:**

---

<sup>34</sup> Martha Ávila. Coordinadora Médica. Correo electrónico

<sup>35</sup> Oficina de Estadística Hospital Regional San Juan Bautista, ESE. Correo electrónico



“No se cumple por falta de personal especialista y falta de estandarización de un documento que permita la evaluación del mismo y adherencia del mismo.

Somos ineficiente y no contamos con una buena clasificación e identificación de lo que es prioritario en lo concerniente a pediatría”<sup>36</sup>

#### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL:**

Sin perjuicio de lo comentado por la Coordinadora Asistencial, se deben priorizar las atenciones de acuerdo con el diagnóstico.

#### **INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.**

**FÓRMULA:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la cual se le asigno 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.

**ESTÁNDAR PARA CADA AÑO:** Menor o igual a 8

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud Y Protección Social.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 11,7

#### **COMENTARIOS DE LOS RESPONSABLES:**

“Somos ineficiente y no contamos con una buena clasificación e identificación de lo que es prioritario en lo concerniente a ginecología”.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Martha Ávila. Coordinadora Asistencial. Correo electrónico

<sup>37</sup> Martha Avila. Coordinadora Médica. Correo electrónico



### **COMENTARIOS DE LA GERENCIA ACTUAL:**

Dado que el indicador no diferencia obstétrica de ginecología, es necesario precisar los tiempos de espera por separado.

### **INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA**

**FÓRMULA:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la cual se le asigno 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

**ESTÁNDAR CADA AÑO:** Menor o igual a 15

**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud Y Protección Social.

**RESULTADO DEL INDICADOR:** 11,35

### **LOGROS O COMPROMISOS PLANTEADOS PARA EL PERÍODO DE LA GERENCIA Y LAS ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR**

En esta sección del Plan de Gestión se expresan los logros que se pretende alcanzar, a partir de la situación inicial encontrada. Para la construcción de dichos logros, se definen unas actividades generales, que en concordancia con los lineamientos expresados en la sección el Hospital que soñamos, permitirán el ciclo de mejora. Se expresan cuantitativamente las metas que se espera alcanzar en cada indicador para los años 2017, 2018 y 2019.

### **AREA DE GESTIÓN: DIRECCION Y GERENCIA**

### **INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR**



**LOGRO A ALCANZAR:** Redireccionar el proceso de autoevaluación con estándares de acreditación, de manera que se ajuste a las definiciones normativas y técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social.

**ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Reorganización de la Planeación y Preparación para la evaluación de acreditación, acorde con la Guía del Ministerio de Salud.
2. Redefinición de la conformación de los Equipos de Autoevaluación, disminuyendo su tamaño y procurando la integración de personas clave.
3. Reinducción de las personas que conformarán los Equipos de Autoevaluación para estandarizar el marco conceptual y técnico.
4. Establecer cronograma de actividades, con carácter vinculante, desde la Gerencia del Hospital, que asigne tiempos reales y factibles para la ejecución de las actividades.
5. Registrar en primer término la autoevaluación cualitativa, identificando fortalezas y oportunidades de mejora para cada uno de los estándares.
6. Realizar posteriormente la autoevaluación cuantitativa con la Hoja Radar definida en la Resolución 2082 de 2014
7. Realizar la priorización de las oportunidades de mejora, seleccionando sólo aquella cantidad de oportunidades que efectivamente puedan ser intervenidas para cada año
8. Ejecutar los planes de mejora correspondientes
9. Presentar los resultados a toda la comunidad hospitalaria, incluida por supuesto la Junta Directiva.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	1.2	1.3	1.5

**INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD**

**LOGRO A ALCANZAR:** Dar aplicación a la ruta crítica del PAMEC, asegurando que su aplicación evidencie mejoras en la calidad de la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios y sus familias



### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Reorganización de la Oficina de Calidad, asegurando que cada uno de los integrantes genere valor agregado en la planeación y asesoría a los servicios.
2. Definición de un plan operativo con cronogramas expresos, racionalizando su ejecución.
3. Involucramiento de los responsables de los servicios en la gestión de las acciones de mejora.
4. Formalización del plan de auditorías con aprobación por el Comité de Calidad presidido por la Gerente.
5. Seguimiento y control al cumplimiento del plan de auditorías.
6. Seguimiento al avance de las acciones de mejora
7. Cierre anual del PAMEC
8. Envío durante el año 2017 de la información a la SUPERSALUD, acorde con la Circular 09 de 2016 y la Circular 012 de 2016.

### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	80%	90%	92%

### **INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.**

**LOGRO A ALCANZAR:** Contar con un plan de desarrollo del Hospital para el período 2017-2020, basado en un direccionamiento estratégico que se soporte en el diagnóstico estratégico, que considere el papel del Hospital en el marco del postconflicto para la región Sur del Tolima, del cual se deriven planes operativos anuales que impacten el logro de los objetivos corporativos, definidos por la Junta Directiva.

### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Reinducción al personal involucrado, desde la Junta Directiva y los líderes de Unidades Funcionales en el marco normativo y técnico de la planeación en salud.
2. Construcción colectiva del proyecto de plan de desarrollo, a partir de la propuesta programática contenida en la sección El Hospital que Soñamos, que



- involucre a las autoridades gubernamentales, los Hospitales que conforman la red Sur Oriente, los usuarios, los empleados y contratistas.
3. Elaboración de la matriz DOFA por parte de un equipo representativo de las Unidades Funcionales del Hospital
  4. Elaboración de planes operativos anuales por Unidad Funcional en los cuales se desplieguen los objetivos del Plan de desarrollo, y que contengan metas concretas, cuantificables.
  5. Presentación a la Junta Directiva del Proyecto de Plan de Desarrollo y POA, para su aprobación antes de finalizar el primer semestre de 2017.
  6. Divulgación a toda la comunidad hospitalaria del Plan de Desarrollo oficialmente adoptado y de los planes operativos.
  7. Seguimiento al cumplimiento de los planes

#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	80%	90%	92%

#### **AREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

#### **INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mejorar la eficiencia de la gestión financiera del Hospital, mediante el incremento de la producción y la contención de los gastos.

#### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Incremento de los ingresos, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
2. Fortalecimiento del proceso de gestión comercial, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
3. Racionalización de gastos, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
4. Seguimiento mensual al avance de las acciones contempladas, informando a la Junta Directiva, a la comunidad hospitalaria y a la Superintendencia Nacional de Salud.



#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	1,20 ó menos	0,9	0,90

**INDICADOR 6 : PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: 1: COMPRAS CONJUNTAS; 2: COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y 3: COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mejorar la proporción de compras de medicamentos y materia médico quirúrgico adquiridos mediante los mecanismos contemplados en el indicador.

#### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR**

1. Mejorar la relación comercial con la Cooperativa de Hospitales del Tolima, COODESTOL, mediante la suscripción de acuerdos de pago por la cartera pendiente y solicitando la cotización de precios y condiciones para el plan de compras aprobado.
2. Búsqueda de relaciones comerciales con otras Cooperativas de Hospitales que tengan una mayor solvencia financiera, como las Cooperativas de Hospitales de Antioquia, COHAN, la Cooperativa de Hospitales de Santander, COHOSAN, ó a Cooperativa de Hospitales de Risaralda, COODESURIS, solicitando cotizar los ítem contemplados en el plan de compras y evaluando conveniencia de asociarse, para que en caso de evaluar conveniencia se solicite la autorización correspondiente a la Junta Directiva.
3. Construcción de contactos con Colombia compra eficiente, para asesoría sobre compras electrónicas
4. Identificación de otras ESE dentro y fuera del Departamento que puedan estar interesadas en la realización de compras conjuntas.

#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**



CALIFICACIÓN	2017	2018	2019
	0,3	0,5	0,7

**INDICADOR 7: 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.**

**LOGRO A ALCANZAR:** Dar prioridad en los pagos de salarios y honorarios al talento humano, procurando el pago oportuno.

#### **ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

1. Mejorar el capital de trabajo del Hospital mediante la aplicación de las medidas contenidas en el eje de eficiencia.
2. Racionalizar el gasto del talento humano, mediante el análisis de carga laboral y la estimación real de valor agregado por cada uno de los contratistas.
3. Priorizar en el flujo de caja el pago de salarios y honorarios.
4. De ser necesario, acudir a créditos de tesorería para apalancar estos pagos.

#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

CALIFICACIÓN	2017	2018	2019
	Variación negativa	Variación negativa	Cero

**INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mejorar la calidad de la información contenida en los RIPS y usarla en la gestión del Hospital, presentando informes mensuales por servicio y bimensuales a la Junta Directiva.

#### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR**



1. Capacitar al personal asistencial y administrativo en el contenido y posibilidades de uso de los RIPS
2. Capacitar al personal asistencial en el uso adecuado de las clasificaciones CIE-10 y CUPS, procurando la disminución progresiva de uso de diagnósticos sindrómicos y de causa externa, así como el registro de diagnósticos relacionados.
3. Actualización de las tablas de HOSVITAL con los CUPS definidos en la Resolución 5975 de diciembre de 2016 y con las demás tablas de referencia dispuestas en SISPRO
4. Capacitación al personal de facturación en los CUPS definidos en la Resolución 5975 de diciembre de 2016
5. Parametrización de los contratos con base en las codificaciones establecidas
6. Parametrización del software para que las actividades de P y P tengan como diagnóstico principal, los códigos correspondientes definidos por el Ministerio de Salud<sup>38</sup>
7. Generación de RIPS por servicios y retroalimentación periódica a los servidores de dichos servicios
8. Conformación de Comité de RIPS, que puede ser el mismo Equipo de Autoevaluación de Gerencia de la Información, para que sea este quien defina directrices y autorice modificaciones al software.
9. Utilización obligatoria de los RIPS para control de facturación, radicación y cartera, mediante archivo AF
10. Utilización obligatoria de los RIPS para caracterización de los usuarios, mediante archivo US
11. Presentación de informes bimensuales a la Junta Directiva de gestión de los servicios con base en RIPS

#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	5	6	6

<sup>38</sup> Si la consulta es de P y P (finalidad 1 al 9) lleva un código "Z", si es resolutive (finalidad 10) no puede llevar un código "Z". Validar referencia cruzada entre: datos de edad y sexo y los diagnósticos de la CIE 10, tabla de referencia con rangos permitidos para edad y sexo. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Técnicos para EAPB, 2013. En <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20para%20EAPB%2009092013.pdf>



## **INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mejorar la eficiencia de la gestión financiera del Hospital, mediante el incremento de la producción y del recaudo y la contención de los gastos.

### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Incremento de los ingresos, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
2. Fortalecimiento del proceso de gestión comercial, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
3. Racionalización de gastos, mediante las acciones contempladas en la sección El Hospital que Soñamos, eje eficiencia.
4. Seguimiento mensual al avance de las acciones contempladas, informando a la Junta Directiva, a la comunidad hospitalaria y a la Superintendencia Nacional de Salud

### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0,8	0,9	1

**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.**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mantener la entrega oportuna de información confiable a la Superintendencia Nacional de Salud

### **ACTIVIDAD GENERAL A DESARROLLAR:**

1. Reingeniería del proceso de generación de la información de las Circulares expedidas por la SUPERSALUD, procurando no sólo su reporte oportuno, sino



que la información haya sido validada y cruzada con otras fuentes para garantizar su confiabilidad.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

**INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

**LOGRO A ALCANZAR:** Mantener la entrega oportuna de información confiable en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

**ACTIVIDAD GENERAL A DESARROLLAR:**

1. Reingeniería del proceso de generación de la información del Decreto 2193 de 2004, procurando no sólo su reporte oportuno, sino que la información haya sido validada y cruzada con otras fuentes para garantizar su confiabilidad.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos

**AREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

**INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES**



**LOGRO A ALCANZAR:** Disponer de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia específica para hemorragia III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, debidamente socializadas, verificadas y mejoradas, sobre las cuales se tenga un proceso estadísticamente válido de evaluación de adherencia.

**ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Definir las patologías más frecuentes, no sólo con base en los RIPS, sino en la percepción de los profesionales, tanto médicos generales, como especialistas y odontólogos.
2. Identificar las GPC de dichas patologías que haya dispuesto el Ministerio de Salud y adaptarlas a la realidad del Hospital
3. Realizar búsqueda en las páginas de GPC para las patologías que no tenga dispuesto el Ministerio la GPC, intentando contar con al menos tres GPC, que puedan ser objeto de valoración con la metodología AGREE II. Por facilidad, se tomarán las de los Ministerios de Salud de México (CENETEC), Chile, (AUGE) y de España.
4. Capacitar a los médicos en la metodología de evaluación de GPC y de adopción con los instrumentos dispuestos por el Ministerio de Salud.
5. Asignar dos profesionales por GPC para realizar la evaluación y proponer la GPC a ser adoptada por el Hospital, una vez se cuente con el aval del Comité Científico
6. Adoptar la metodología de auditoría de historias clínicas, definiendo el tamaño de la muestra y el sistema de muestreo, estadísticamente válidos.
7. Realizar jornadas de capacitación de las GPC adoptadas.
8. Mediante Comités de Historias Clínicas de pares por servicios, en los cuales se revisen dos historias previamente seleccionadas, posibilitando la evaluación integral de calidad de la historia, coherencia del diagnóstico, pertinencia de las solicitudes de ayudas diagnósticas y adecuación del tratamiento a lo dispuesto en la GPC correspondiente.
9. Garantizar la disponibilidad de los insumos planteados en la GPC, y el conocimiento por parte del personal médico y de enfermería de la correcta utilización, almacenamiento y disposición final.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

CALIFICACIÓN	2017	2018	2019
	0,80	0,85	0,90

**INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA**



**LOGRO A ALCANZAR:** Disponer de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para las patologías más frecuentes, debidamente socializadas, verificadas y mejoradas, sobre las cuales se tenga un proceso estadísticamente válido de evaluación de adherencia.

**ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Definir la primera causa de egreso hospitalario
2. Identificar las GPC de dicha causa si la ha dispuesto el Ministerio de Salud y adaptarla a la realidad del Hospital
3. Realizar búsqueda en las páginas de GPC para las patologías que no tenga dispuesto el Ministerio la GPC, intentando contar con al menos tres GPC, que puedan ser objeto de valoración con la metodología AGREE II. Por facilidad, se tomarán las de los Ministerios de Salud de México (CENETEC), Chile, (AUGE) y de España.
4. Capacitar a los médicos en la metodología de evaluación de GPC y de adopción con los instrumentos dispuestos por el Ministerio de Salud.
5. Asignar dos profesionales por GPC para realizar la evaluación y proponer la GPC a ser adoptada por el Hospital, una vez se cuente con el aval del Comité Científico
6. Adoptar la metodología de auditoría de historias clínicas, definiendo el tamaño de la muestra y el sistema de muestreo, estadísticamente válidos.
7. Realizar jornadas de capacitación de las GPC adoptadas.
8. Mediante Comités de Historias Clínicas de pares por servicios, en los cuales se revisen dos historias previamente seleccionadas, posibilitando la evaluación integral de calidad de la historia, coherencia del diagnóstico, pertinencia de las solicitudes de ayudas diagnósticas y adecuación del tratamiento a lo dispuesto en la GPC correspondiente.
9. Garantizar la disponibilidad de los insumos planteados en la GPC, y el conocimiento por parte del personal médico y de enfermería de la correcta utilización, almacenamiento y disposición final.
10. Medir mensualmente el cumplimiento estricto de la GPC de la primera causa de egreso
11. Identificar las brechas y plantear los planes de mejora correspondientes.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0,80	0,85	0,90

**INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA**



**LOGRO A ALCANZAR:** Garantizar la realización dentro del término establecido de la apendicectomía en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

**ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Revisar el proceso de atención, verificando que en su diseño se contemple la posibilidad de garantizar la realización oportuna de la apendicectomía, y en general de las cirugías de urgencias.
2. Realizar las acciones preventivas que permitan superar las dificultades detectadas en el diseño del proceso.
3. Incluir en los contratos de cirujano y anesthesiólogo, cláusulas claras respecto de la obligación de realizar las cirugías de urgencias dentro del término establecido, independientemente de la hora de ingreso del paciente o el día de la semana.
4. Garantizar que los equipos de apendicectomía se encuentren siempre disponibles
5. Promover el trabajo en red con los hospitales que refieren pacientes a nuestra Institución, de modo que se estandaricen los criterios diagnósticos, se tomen los paraclínicos y se remita oportunamente al paciente y los resultados se transmitan por medio electrónico.
6. Definir un sistema de registro de la totalidad de los casos de apendicitis aguda, que incluya la hora de inicio de los síntomas, la procedencia, la hora de ingreso a urgencias, la hora de realización del diagnóstico de impresión por el médico general, la hora de valoración del cirujano, la hora de confirmación del diagnóstico, la hora de inicio de la cirugía.
7. Evaluar mensualmente el cumplimiento del estándar y aquellos casos que sobrepasen las seis horas, ser considerados como eventos adversos y analizados en el Comité de Seguridad del Paciente.
8. Ejecutar las acciones de mejora derivadas de la aplicación del Protocolo de Londres a los eventos adversos.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0,90	0,95	0,95

**INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCOASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.**

**LOGROS A ALCANZAR:** Mantener en cero los casos de neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en especial de pacientes pediátricos.



### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Capacitar al personal asistencial en la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Implementar las rondas de seguridad del paciente
3. Promover la cultura de seguridad del paciente
4. Promover el reporte de eventos adversos
5. Analizar las desviaciones y adoptar los planes de mejora correspondientes

### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0	0	0

### **INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**

**LOGRO A ALCANZAR:** Garantizar la terapia de reperfusión mediante el uso de estreptoquinasa dentro de la hora siguiente al inicio de los síntomas del IAM

### **ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR:**

1. Adoptar la GPC de Síndrome Coronario Agudo publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Capacitar a la totalidad del personal Médico y de Enfermería del Hospital en la GPC de Síndrome Coronario Agudo, propiciando la participación en las jornadas de capacitación de los médicos de los Hospitales de la red.
3. Promover la capacitación de los médicos del Hospital y de los Hospitales de la Red en lectura e interpretación de electrocardiogramas
4. Implementar el servicio de telemedicina básico (mediante fotos enviadas por WhatsApp) de los Electrocardiogramas, para que sean evaluados las 24 horas por el Médico Especialista en Medicina Interna.
5. Implementar la aplicación de estreptoquinasa y el suministro de ASA en el Hospital local a los pacientes a remitir, cuando el diagnóstico sea IAM con elevación del ST.
6. Garantizar la aplicación de la estreptoquinasa a los pacientes con indicación dentro de la hora siguiente al ingreso al servicio de urgencias



7. Diseñar el sistema de registro para monitorizar la adherencia a la GPC de los pacientes con IAM con elevación del ST, sin contraindicación para el uso de estreptoquinasa.<sup>39</sup>

#### **METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0,90	0,95	0,95

#### **INDICADOR 17: ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

**LOGRO A ALCANZAR:** Garantizar que el 100% de los casos de mortalidad hospitalaria mayor de 48 horas sean objeto de evaluación por el Comité de Mortalidad Intrahospitalaria.

#### **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

1. Revisar la formalización de Comité de Mortalidad Hospitalaria, definir su composición, y plan de trabajo.
2. Entrenar al Comité en el análisis de mortalidad, mediante la metodología de las 4 demoras.

---

<sup>39</sup> Contraindicaciones: No debe administrarse Estreptoquinasa «Behring» en caso de sospecha de posible reacción alérgica severa. Debido a riesgo de hemorragia no se recomienda iniciar tratamiento trombolítico en: • Hemorragia interna activa o reciente (1 mes). • Desórdenes de la coagulación o fibrinólisis espontánea. • Accidente cerebrovascular reciente; cirugía intracraneana o intraespinal. • Neoplasia intracraneana conocida. • Trauma craneano reciente. • Neoplasia conocida con riesgo de sangrado. • Hipertensión severa no controlable (200/100 mmHg. O mayor, fondo de ojo grado III y IV). • Pancreatitis aguda. Debe evaluarse el riesgo de la terapia y los peligros de la enfermedad a tratar y reconsiderarse particularmente en las siguientes instancias: Cualquier condición en la que el sangrado constituya una amenaza significativa o sea difícil de manejar por su localización como por ejemplo: • Sangrado gastrointestinal severo reciente. • Operaciones recientes (hasta el 10º día del post-operatorio) • Trauma severo reciente incluyendo resucitación cardiopulmonar. • Biopsia reciente, punción de grandes arterias o de otros vasos no comprensibles. • Inyecciones intramusculares o intubación. • Aborto o parto recientes. • Enfermedades urogenitales potencialmente sangrantes, cateterización vesical. • Sospecha de afección arterioesclerótica severa, enfermedades cerebrovasculares o diabetes severa. • Retinopatía diabética o hemorrágica. • Enfermedades pulmonares con cavitaciones (ej.: tuberculosis abierta) o bronquitis severa. • Daño renal o hepático severos. • Defectos de la válvula mitral o fibrilación auricular. • Endocarditis o pericarditis; pericarditis tratadas por error como infarto agudo de miocardio dieron lugar a derrame pericárdico y taponamiento cardíaco. Ficha Técnica Streptase (Estreptoquinasa Behring). En <http://www.alpeslaboratories.cl/labs/pdfdh/FICHA%20TECNICA%20STREPTASE.pdf>



3. A aquellos casos de mortalidad evitable, aplicar el Protocolo de Londres, detectando las fallas activas y los factores contributivos y formular las recomendaciones de mejora.

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	0,90	0,95	0,95

**INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA**

**LOGROS A ALCANZAR:** Promover la oportunidad en la consulta de pediatría dentro del término establecido (5 días o menos).

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

1. Estimar la demanda potencial de consulta de pediatría por parte de los niños de la Red Sur Occidente del Departamento.
2. Identificar las patologías más comunes que se remiten a consulta pediátrica
3. Identificar la cobertura y concentración de consulta de pediatría para cada uno de los municipios que conforman la red Sur Occidente.
4. Capacitar a los médicos generales de los Hospitales de la Red en el manejo y seguimiento de las patologías pediátricas más frecuentes con AIEPI Clínico
5. Promover la contrareferencia ambulatoria para disminuir la concentración de consulta de pediatría y lograr así mejorar la disponibilidad de cupos para consulta de primera vez.
6. Adecuar la oferta a la demanda optimizada
7. Realizar consulta programada en los hospitales de la red, como actividad facturable por el Hospital San Juan Bautista de Chaparral
8. Monitorizar la oportunidad de la consulta mensualmente

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	9	7	5

**INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA**



**LOGROS A ALCANZAR:** Promover la oportunidad en la consulta de Ginecobstetricia dentro del término establecido (8 días o menos).

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

1. Estimar la demanda potencial de consulta de Ginecología y de Obstetricia<sup>40</sup> por parte de las mujeres de la Red Sur Occidente del Departamento.
2. Identificar las patologías más comunes que se remiten a consulta de Ginecología y de Obstetricia
3. Identificar la cobertura y concentración de consulta de Ginecología y de Obstetricia para cada uno de los municipios que conforman la red Sur Occidente.
4. Capacitar a los médicos generales de los Hospitales de la Red en el manejo y seguimiento de las patologías más frecuentes de Ginecología y de Obstetricia
5. Promover la contrareferencia ambulatoria para disminuir la concentración de consulta de Ginecología y de Obstetricia para lograr así mejorar la disponibilidad de cupos para consulta de primera vez, sin perjuicio del cumplimiento de las guías de atención para supervisión de embarazo de alto riesgo
6. Adecuar la oferta a la demanda optimizada
7. Realizar consulta programada en los hospitales de la red, como actividad facturable por el Hospital San Juan Bautista de Chaparral
8. Monitorizar la oportunidad de la consulta mensualmente

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

CALIFICACIÓN	2017	2018	2019
	10	9	8

**INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA**

**LOGROS A ALCANZAR:** Promover la oportunidad en la consulta de Medicina Interna dentro del término establecido (15 días o menos).

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

1. Estimar la demanda potencial de consulta de Medicina Interna por parte de los residentes en los Municipios de la Red Sur Occidente del Departamento.
2. Identificar las patologías más comunes que se remiten a consulta de Medicina Interna

<sup>40</sup> Si bien, el indicador de la Resolución 743 de 2013 hace referencia al término Ginecobstetricia, la Resolución 256 de 2016, exige la información separada de consulta de primera vez de Ginecología y de consulta de Obstetricia.



3. Identificar la cobertura y concentración de consulta de Medicina Interna para cada uno de los municipios que conforman la red Sur Occidente.
4. Capacitar a los médicos generales de los Hospitales de la Red en el manejo y seguimiento de las patologías más frecuentes de Medicina Interna
5. Promover la contrareferencia ambulatoria para disminuir la concentración de consulta de Medicina Interna para lograr así mejorar la disponibilidad de cupos para consulta de primera vez.
6. Adecuar la oferta a la demanda optimizada
7. Realizar consulta programada en los hospitales de la red, como actividad facturable por el Hospital San Juan Bautista de Chaparral
8. Monitorizar la oportunidad de la consulta mensualmente

**METAS ANUALES PROPUESTAS:**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	15	15	15

**DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMENEZ**  
**Gerente**  
**Hospital San Juan Bautista ESE**

Proyectó PG: Carlos H. Pérez  
Ajustó PG: Luis A. Hurtado